Logopedia

Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise

Carolina Bodea Hațegan

TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Vindecarea prin povești
George W. Burns

Dileme etice în psihoterapie
Samuel J. Knapp, Michael C. Gottlieb,
Mitchell M. Handelsman

Experiența psihanalizei
Stephen A. Mitchell, Margaret J. Black

Anatomia distructivității umane
Erich Fromm

Evaluarea psihologică aplicată.
Repere teoretice și practice
coord. Iulia Ciorbea

Retman și retmagia. Desene animate
psihoterapeutice
coord. Daniel David, Anca Dobrean,
Mihai Goțiu, Bencze László

Simbioză și autonomie
Franz Ruppert

103 activități de grup
Judith A. Belmont

Evoluția unei revoluții
Albert Ellis, Editori: James McMahon, Ann Vernon

Dificultatea de a trăi
Françoise Dolto

Complex, arhetip, simbol în
psihologia lui C.G. Jung
Jolande Jacobi

Ghidul DSM-5 pentru clinicianul inteligent
Joel Paris

Tratat de psihologie socială
Dumitru Cristea

Terapia centrată pe client
Carl R. Rogers

Copilărie și societate
Erik H. Erikson

Scanned with OKEN Scanner

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Scanned with OKEN Scanner

Carolina Bodea Hațegan

Logopedia

Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

11 **Prefață**

17 **Capitolul I.** Tulburările de limbaj și comunicare — modele explicative și direcții de clasificare

17 1. Scurt istoric privind domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare
23 2. Logopedia. Ortofonia. Terapia limbajului şi a comunicării
26 3. Circumscrierea domeniului terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare
32 4. Modele de abordare a tulburărilor de limbaj şi comunicare
35 5. Criterii diagnostice în tulburările de limbaj şi comunicare reunite la nivelul principalelor manuale de diagnostic
48 6. Modelul diagnostic propus de Guțu (1974)
52 7. Abordare conclusivă
53 Bibliografie

56 **Capitolul II.** Limbajul — abordări multidimensionale

56 1. Limbajul — perspectivă lingvistică
76 2. Aspecte ale neurofiziologiei aparatului fonoarticulator şi ale analizatorului verbo-auditiv
86 3. Vocea umană şi tulburările de voce
92 4. Elemente de fizică în abordarea limbajului
96 5. Abordare conclusivă
96 Bibliografie
101 Anexa I. Cuvinte cu scriere fonologică
102 Anexa II. Cuvinte complexe
103 Anexa III. Cuvinte simple din punct de vedere fonologic

Scanned with OKEN Scanner

104 **Capitolul III.** Dislalia. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție

104 1. Delimitări conceptuale
107 2. Factori de risc şi cauze ale tulburării dislalice
110 3. Tipuri de tulburări dislalice
112 4. Direcții de evaluare
119 5. Direcții de intervenție
159 6. Abordare conclusivă
160 Bibliografie
164 Anexa I. Fişă de examinare logopedică complexă
168 Anexa II. Fişă de examinare logopedică
169 Anexa III. Fişă de examinare logopedică complexă

174 **Capitolul IV.** Dizartria. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție

174 1. Delimitări conceptuale
174 2. Etiologia tulburării dizartrice
176 3. Simptomatologia tulburării dizartrice
176 4. Direcții de diagnostic diferențial
182 5. Tipuri şi forme ale tulburărilor dizartrice
194 6. Demersul de evaluare
196 7. Demersul de intervenție
215 8. Tulburări asociate cu tulburarea dizartrică
217 9. Prezentare studiu de caz
236 10. Abordare conclusivă
236 Bibliografie

240 **Capitolul V.** Rinolalia. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție

240 1. Aspecte introductive. Delimitări conceptuale
240 2. Etiologia tulburărilor rinolalice
242 3. Date din embriogeneză relaționate cu despicăturile labio-maxilo-palatine
244 4. Despicăturile labio-maxilo-palatine (keilo-gnato-palato-schizis)
245 5. Sindroame asociate cu despicăturile labio-maxilo-palatine

Scanned with OKEN Scanner

249 6. Implicațiile despicăturilor labio-maxilo-faciale. Manifestări clinice
250 7. Formele de rinolalie şi specificul acestora
255 8. Direcții terapeutice
278 9. Instrumentar utilizat în evaluare şi intervenția în tulburările rinolalice
290 10. Abordare conclusivă
291 Bibliografie

295 **Capitolul VI.** Tulburările de ritm și de fluență. Bâlbâiala

295 1. Delimitări conceptuale
297 2. Forme ale tulburărilor de ritm şi fluență
298 3. Bâlbâiala — tulburare de ritm şi fluență
318 4. Bâlbâiala — demersuri de evaluare şi intervenție
339 5. Demers psiholingvistic integrat de evaluare şi intervenție în contextul bâlbâielii — model de bună practică
360 6. Abordare conclusivă
360 Bibliografie
367 Anexa I. Fişă de examinare logopedică (pentru utilizare în contextul bâlbâielii) (propusă de Bodea Hațegan, 2015)

370 **Capitolul VII.** Afazia. Delimitări simptomatologice, direcții de evaluare și intervenție

370 1. Delimitări conceptuale
372 2. Etiologie
378 3. Direcții de diagnostic diferențial
381 4. Particularitățile tulburărilor afazice
389 5. Clasificarea afaziilor şi descrierea acestora
405 6. Incidența şi prevalența afaziei
407 7. Direcții de evaluare a persoanei care prezintă afazie
427 8. Direcții terapeutice în contextul afaziei la adult
454 9. Pronosticul în afazie şi factorii care modelează formularea acestui prognostic
457 10. Afazia la copil
472 11. Abordare conclusivă
473 Bibliografie

Scanned with OKEN Scanner

484 **Capitolul VIII.** Tulburările de voce — aspecte teoretice și aplicații practice

484 1. Actul fonator. Aspecte introductive
487 2. Tulburarea de voce — semn sau/şi simptom al unei boli sau tulburări
488 3. Etiologia tulburărilor de voce
502 4. Tipuri de tulburări de voce
507 5. Direcții de evaluare a tulburărilor de voce. Instrumentar utilizat
521 6. Demersul terapeutic
536 7. Abordare conclusivă
537 Bibliografie

542 **Capitolul IX.** Întârzierea în dezvoltarea limbajului. Prevenție, diagnostic și intervenție

542 1. Delimitări conceptuale
571 2. Factorii de risc şi cauzele apariției întârzierii în dezvoltarea limbajului
577 3. Semne şi particularități ale întârzierii în dezvoltarea limbajului
583 4. Direcții de diagnostic diferențial
589 5. Direcții de evaluare
605 6. Direcții de intervenție
617 7. Concluzii
618 Bibliografie
625 Anexa I. Scala de dezvoltare auditivă: de la 0 la 6 ani (Dezvoltarea limbajului receptiv, a percepției auditive şi a memoriei auditive)
631 Anexa II. Fişă de evaluare a limbajului (intervalul de vârstă 6–7 ani)
634 Anexa III. Listă cu material verbal pentru implementarea tehnicii celor 50 de cuvinte — T50

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

A scrie o carte despre limbaj, nu strict din perspectivă filologică (deşi nici această perspectivă nu lipseşte), ci dintr-o perspectivă psihopedagogică multidimensională care incumbă cu generozitate modele consacrate şi originale ale evaluării, intervenției şi depăşirii limitelor pe care tulburările de limbaj le impun ființei umane de la copil la adult în folosirea limbii şi a limbajului, reprezintă o abordare curajoasă, complexă şi demnă de luat în seamă. Mesajul acestui volum oferă o perspectivă optimistă la ceea ce Ludwig Wittgenstein spunea într-un mod comprehensiv, sintetic şi pragmatic: „Limitele limbajului meu sunt limitele lumii mele", şi anume că limba şi limbajul — ca instrumente esențiale în comunicare, în exprimarea emoțională, în evocarea experiențelor trecute şi prefigurarea experiențelor viitoare, precum şi în conferirea de sens realității percepute şi realităților construite — pot fi *salvate* de la limitările impuse de tulburările de limbaj prin demersuri ştiințifice de evaluare şi corectare de tip *evidence-based*.[1] În acest sens, în volumul de față, autoarea se bazează pe modele explicative ale tulburărilor de limbaj (modelul sistemic, modelul categorial, modelul tulburărilor specifice, modelul descriptiv al nivelului de dezvoltare, modelul dimensional — DSM-5) care reprezintă cadrele generale de explicare a acestora (OMS, 2004,

[1] Bazate pe dovezi (în limba engleză în text). (N. red.)

APA, 2013), reuşind să demonstreze în mod explicit că intervenţia psihopedagogică în domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare nu se rezumă doar la tulburările de pronunţie, de ritm şi fluenţă, de vorbire, ci se adresează şi tulburărilor emoţionale şi comportamentale, dizabilităţilor intelectuale, dizabilităţilor auditive, tulburărilor de învăţare, tulburărilor de voce, de supt, de alimentaţie, de înghiţire, în condiţiile în care toate aceste tablouri care vizează copiii, adolescenţii şi adulţii se pot asocia cu tulburări de limbaj şi comunicare. Sfera tulburărilor de limbaj şi comunicare cuprinde deficite la nivelul foneticii, discursului şi comunicării. Discursul reprezintă producerea expresivă de sunete şi include: articularea, fluenţa, vocea şi calitatea rezonanţei. Limbajul prinde viaţă prin forma, funcţia şi utilizarea unui sistem convenţional de simboluri (vorbirea directă, limbajul semnelor sau mimico-gestual, cuvintele scrise, imaginile şi pictogramele) într-o manieră de comunicare bazată pe reguli. Comunicarea cuprinde orice comportament verbal şi nonverbal, intenţionat sau neintenţionat care influenţează direct sau indirect comportamentele, ideile şi atitudinile unei persoane sau interacţiunile dintre persoane. Evaluarea limbajului, a discursului şi a comunicării nu poate face abstracţie de contextul cultural al persoanei, iar dacă face abstracţie, se invalidează, mai ales atunci când persoana face parte dintr-un context multicultural şi multilingvistic bine definit. Instrumentele standardizate pentru evaluarea dezvoltării limbajului, precum şi a potenţialului şi a capacităţii intelectuale nonverbale, trebuie să fie relevante contextului cultural şi lingvistic al persoanei. Conform ultimei ediţii a *The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM-5, 2013), categoria diagnostică pentru tulburările de limbaj cuprinde: tulburarea de limbaj, tulburarea de pronunţie şi articulare, tulburarea de ritm şi fluenţă, tulburarea de comunicare socială (pragmatică) şi alte tulburări de vorbire cu sau fără specificator. În privinţa noii ediţii a DSM-5 (2013) remarc câteva principii ale abordării care nu fac decât să susţină intervenţia

Scanned with OKEN Scanner

psihopedagogică în domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare: (1) principiul *neurodezvoltării* — care se referă la originea neurobiologică a tulburării şi la debutul în perioada de dezvoltare; (2) traseul *dezvoltării* în clasificarea tulburărilor — sunt tulburări specifice vârstei şi este recomandabilă prudenţa în evaluarea şi punerea unui diagnostic, existând varianta diagnosticului retrospectiv; (3) rolul *parentingului* în evaluarea apariţiei unei tulburări; (4) abordarea *categorială* — tulburările sunt grupate pe categorii care au caracteristici similare, unele fiind tulburări de spectru, iar mesajul care se desprinde de aici este importanţa nivelului de severitate al tulburării (scăzut, mediu, crescut) care afectează calitatea vieţii persoanei transsituaţional, şi nu punerea unui diagnostic care să lipească o etichetă; (5) importanţa *contextului cultural* şi a *genului.* Acesta este contextul în care volumul scris de dr. Carolina Bodea Haţegan ne propune un traseu de cursă lungă al tipologiei tulburărilor de limbaj, debutând cu modele explicative valide ale tulburărilor de limbaj şi comunicare, bazate pe tendinţele actuale de evaluare (abordarea dimensională, perspectiva dezvoltării, fluiditatea diagnostică, comportamentul adaptativ), un capitol consistent privind limbajul abordat multidimensional, continuă cu una dintre cele mai cunoscute tulburări de pronunţie — dislalia, în cadrul acestui capitol fiind identificate cu rigoare ştiinţifică şi cu amprenta de netăgăduit a expereinţei practice, metode şi exerciţii specifice. În capitolele următoare identificăm un algoritm bine definit privind evaluarea şi intervenţia dizartriei, rinolaliei, bâlbâielii şi afaziei. Remarc în mod deosebit capitolul privind tulburările de voce, capitol bazat pe studii ştiinţifice extrem de relevante, acest subiect fiind o preocupare ştiinţifică permanentă a autoarei. Volumul se încheie cu un capitol privind intervenţia timpurie în tulburările de limbaj şi comunicare, evidenţiindu-se semnificaţia screeningului şi a programelor de prevenţie a acestora.

Grila în care am citit această carte este una specială care vizează nu doar rigoarea ştiinţifică şi experienţa unei tinere cercetătoare

Scanned with OKEN Scanner

şi specialiste în terapia tulburărilor de limbaj, dr. Carolina Bodea Haţegan, ci şi faptul că această carte poate constitui un reper în definirea standardelor ocupaţionale şi a profilului ocupaţional al specialistului în terapia tulburărilor de limbaj din România, ca rezultat al unor studii sistematice ale competenţelor profesionale specifice terapiei limbajului şi cerinţelor pieţei. În acest sens, formarea competenţelor în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare este necesar să se realizeze prin urmarea curriculumului următoarele discipline: Psihologia dezvoltării în contextul dizabilităţii, Psihodiagnostic pentru persoanele cu dizabilităţi, Metode şi tehnici de evaluare a copiilor cu CES, Introducere în logopedie, Tehnici speciale de terapia limbajului, Sisteme de comunicare alternative şi augmentative. În completarea competenţelor specialistului în terapia limbajului, care îşi desfăşoară activitatea cu copii cu dizabilităţi auditive şi/sau dizabilităţi senzoriale multiple, este necesar ca următoarele discipline să fie parcurse: Psihopedagogia deficienţilor de auz, Metode şi tehnici de recuperare a deficienţilor de auz, Educarea persoanelor cu dizabilităţi multiple. La acestea mai este necesar de parcurs o serie de discipline cum sunt: Terapia tulburărilor articulatorii şi fonologice, Terapia tulburărilor de voce şi vorbire, Tulburări de limbaj în psihopatologie, Terapia tulburărilor de limbaj cu substrat neurologic, Terapia tulburărilor de deglutiţie.

În contextul menţionat, o condiţie sine qua non a acestei reuşite editoriale este în opinia mea pregătirea şi experienţa profesională a tinerei autoare cu rezultate remarcabile în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj, dr. Carolina Bodea Haţegan, licenţiată în psihopedagogie specială şi filologie, membru fondator şi preşedinte al Asociaţiei Specialiştilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România (ASTTLR), redactor-şef al *Revistei Române de Terapia Tulburărilor de Limbaj şi Comunicare* (RRTTLC), membru în Comisia de terminologie CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE — Standing Liaison Committee

Scanned with OKEN Scanner

of E.U. Speech and Language Therapists and Logopedists, www.cplol.eu), în cadrul căreia a desfăşurat studii privind profilul ocupațional (vezi standardul ocupațional şi competențele-cheie ale specialistului în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare traduse în limba română) rezultate în urma derulării proiectului european Netques privind standardul ocupațional comun pentru 23 de limbi din UE şi limbă turcă şi chineză (www.netques.eu). De asemenea, autoarea este un cadru didactic apreciat, fiind conferențiar univ. dr. în cadrul Departamentului de psihopedagogie specială (http://psihoped.psiedu.ubbcluj.ro) UBB şi autoare a mai multor volume în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj. În acelaşi timp, apreciez şi curajul Editurii TREI pentru creditul pe care îl oferă acestui volum de a apărea pe o piață editorială din România în care există foarte puține publicații autohtone şi internaționale în domeniul intervenției psihopedagogice a tulburărilor de limbaj şi comunicare, majoritatea fiind publicații de popularizare a ştiinței sau ghiduri practice pentru copii, părinți sau educatori, în condițiile în care acest volum este scris cu o rigoare ştiințifică maximă. Volumul de față propune, nu de puține ori, o lectură atent concentrată pe studii validate ştiințific, care cere un bagaj de cunoştințe solide. Mesajul cărții este unul clar, şi anume că eficiența rezultatelor intervenției în domeniul prevenirii, corectării şi/sau ameliorării tulburărilor de limbaj şi comunicare nu poate fi obținută în lipsa unor intervenții validate ştiințific.

Acest volum nu face decât să le ofere specialiştilor în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare, precum şi tuturor celor interesați, psihopedagogi, psihologi, pedagogi, profesori, medici, părinți ai copiilor cu dizabilități şi părinți ai copiilor fără dizabilități, modele de intervenție care pot fi aplicate, dezbătute şi integrate în sfera limbii şi a limbajului, ca repere esențiale ale comunicării. În acest context, le doresc tuturor celor care se vor bucura de lectura acestei cărți depăşirea limitelor impuse de clişeele şi miturile ştiințifice propagate, uneori cu obstinație, în domeniul

Scanned with OKEN Scanner

tulburărilor de limbaj şi comunicare, iar cărții şi, implicit, autoarei, succes editorial deplin.

Cluj-Napoca,
20.01.2016

Conf. univ. dr. Adrian Roşan,
director al Departamentului de Psihopedagogie Specială
Facultatea de Psihologie şi Ştiințe ale Educației
Universitatea Babeş-Bolyai Cluj-Napoca

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul I

Tulburările de limbaj și comunicare — modele explicative și direcții de clasificare

1. Scurt istoric privind domeniul tulburărilor de limbaj și comunicare

Primele atestări cu privire la abordarea problematicii tulburărilor de limbaj şi comunicare datează din anul 1825 şi sunt atribuite neuroanatomistului Franz Gall, cel care a descris pentru prima dată copiii cu tulburări de limbaj expresiv şi receptiv, realizând o distincție clară între aceştia şi copiii cu dizabilități cognitive. Mai târziu s-a pus în evidență relația dintre structurarea neurologică şi achiziția limbajului pe cele două componente, componenta motorie (Broca, 1861) şi componenta senzorială (Wernicke, 1874). Astfel, având în vedere aceste aspecte istorice, Paul (2007) conchide că începuturile preocupărilor legate de explicarea tulburărilor de limbaj şi comunicare au fost dominate de o abordare medicalizată, focalizată pe componenta anatomică.

Paul (2007) îl desemnează pe neurologul Samuel T. Orton (1937) ca întemeietor al practicii moderne în abordarea tulburărilor de limbaj şi comunicare, acesta fiind preocupat nu numai de a evidenția etiologia de natură neurologică a tulburărilor, ci şi implicațiile comportamentale de natură psihologică ale acestora.

Secolul XX este marcat de o serie de preocupări pentru studiul limbajului şi al comunicării, preocupări care au rafinat abordarea domeniului şi care au favorizat constituirea unui corp de cunoştinţe solide în abordarea situaţiilor marcate patologic.

Paul (2007) inventariază o lungă listă cu principalele cercetări din domeniul limbajului şi al comunicării, arătând contribuţia studiilor acestora pentru dezvoltarea domeniului logopedic:

- Gesell şi Amatruda (1947) sunt consideraţi deschizători de drumuri în domeniul studiului afaziei la copil (termenul „infantile aphasia" fiind raportat la cei doi cercetători), dar şi în domeniul elaborării instrumentarului specific de evaluare a tulburărilor de limbaj şi comunicare.
- Benton (1959, 1964) este considerat cercetătorul care a realizat circumscrierea diagnostică a sindromului de nedezvoltare a limbajului (afazia la copil), prin contrast cu tulburarea afazică dobândită (afazia la adult).
- Ewing (1930), McGinnis, Kleffner şi Goldstein (1956), Myklebust (1954) sunt specialişti preocupaţi de domeniul educării limbajului în contextul dizabilităţii auditive. Aceştia au arătat că structurarea deficitară a limbajului în situaţia unui deficit senzorial este una pregnantă, ceea ce a determinat intensificarea preocupărilor pentru identificarea şi elaborarea unor metode, strategii şi instrumente de lucru care să faciliteze reabilitarea acestei categorii diagnostice.
- Morley (1957) este considerată a fi prima cercetătoare preocupată de abordarea tulburării de limbaj în contextul dezvoltării tipice (fără a se lua în discuţie posibilitatea unui sindrom sau a unei patologii de genul dizabilităţii auditive). Aceasta a contribuit prin cercetările întreprinse la constituirea domeniului terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare, precum şi la rafinarea domeniului prin delimitarea termenului de tulburare de limbaj şi a termenului de tulburare articulatorie.

Scanned with OKEN Scanner

- Myklebust (1954) a demonstrat un interes crescut în realizarea diagnosticului diferențial între copiii care prezentau tulburări de limbaj ca urmare a unei dizabilități cognitive sau a unei dizabilități senzoriale și copiii care aveau dezvoltare tipică, dar prezentau deficite în structurarea limbajului. De asemenea, acesta este considerat ca fiind primul cercetător preocupat de relația dintre structurarea limbajului oral și structurarea limbajului scris-citit.
- Chomsky (1957), prin elaborarea teoriei gramaticii generative, reprezintă punctul de turnură în ceea ce privește preocupările din domeniul terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare.

Pentru domeniul tulburărilor de limbaj și comunicare, *constituirea psiholingvisticii* ca disciplină distinctă reprezintă un alt moment important. În anul 1952, Consiliul de Cercetări în Științele Sociale (Social Science Research Council — SSRC) a creat un „Comitet pentru lingvistică și psihologie". Scopul acestui comitet era de a reuni specialiștii din diverse domenii care aveau ca principală preocupare studiul limbii, în vederea organizării și dezvoltării de cercetări privind comportamentul lingvistic. Membrii inițiali au fost: Charles Osgood (psiholog) — președinte al comitetului; John Caroll (psiholog); Lloyd Lounsbury (lingvist); George Miller (psiholog); Thomas Sebeok (lingvist); Joseph Casagrande (antropolog) — secretar. După primul an de activitate, Miller a demisionat și s-au alăturat Comitetului Joseph Greenberg (lingvist) și James Jenkins (psiholog) în anul 1953 (Slama-Cazacu, 1980).

În anul 1953 comitetul a organizat primul seminar destinat problematicii psiholingvistice, împreună cu Institutul de lingvistică din Universitatea Indiana. Seminarul a avut drept ținte:

- perspectiva lingvistică despre limbă ca o structură de unități în interrelație (perspectiva structuralistă);
- perspectiva despre limbă prin prisma teoriei învățării (limba este astfel legată de comportament);

Scanned with OKEN Scanner

– perspectiva asupra limbii a teoreticienilor în domeniul informației, care consideră limba un mijloc de comunicare și transmitere de informație.

Psiholingvistica drept disciplină distinctă (delimitată în anii 1950), cu relevanță crescută pentru practica logopedică din zilele noastre, a încercat să răspundă următoarelor probleme, fiind puternic influențată de rezultatele cercetărilor lui Chomsky (pe parcursul anilor 1960):

– *achiziția limbajului* (stadiile achiziției limbajului; fazele achiziției limbajului; strategiile utilizate în vederea achiziției limbajului, de exemplu suprageneralizarea, asocierea etc.);
– *procesarea limbajului* (producerea limbajului — ce se întâmplă de la input la output; comprehensiunea — care depășește percepția, se referă la modul în care interpretăm unitățile lingvistice);
– *aspecte neurolingvistice* (sistemul nervos central — reprezentarea centrală a limbajului; zonele cerebrale responsabile cu producerea limbajului; cum se dezvoltă creierul în timpul copilăriei).

O contribuție însemnată pentru înțelegerea mecanismelor lingvistice în contexte patologice o au și Piaget și Inhelder (1966), aceștia realizând o detaliată descriere a modului în care se structurează stadial limbajul, în interdependență cu dezvoltarea cognitivă.

O altă dimensiune importantă a domeniului logopedic, pe lângă dimensiunea neurologică (medicală, neurolingvistică), lingvistică, cea legată de reabilitarea persoanei cu dizabilități auditive și cea de natură psiholingvistică, este dimensiunea foniatrică.

Foniatria ca știință are și ea o istorie amplă și a fost strâns legată de reabilitarea limbajului și a auzului. Încă din 1778, Samuel Heinicke a înființat la Leipzig un institut destinat persoanelor cu dizabilități auditive și alte forme de tulburări de vorbire, unde a introdus ca metodă principală de lucru metoda orală. În 1907, G. Killian și A. Gutzmann au înființat un ambulatoriu universitar

Scanned with OKEN Scanner

dedicat exclusiv tulburărilor de voce şi vorbire, instituție care funcționează şi în zilele noastre. În cadrul acelei instituții s-a înființat primul laborator de fonetică experimentală. Instituții similare s-au dezvoltat în multe alte oraşe şi țări în intervalul dintre cele două războaie mondiale (aceste date au fost consemnate de Sègre şi prezentate la Conferința Asociației Internaționale pentru Logopedie şi Foniatrie din anul 1950, conferință care a avut loc la Amsterdam). La noi în țară, în anul 1922, profesorul Iosif Popovici a înființat primul laborator de fonetică experimentală la Cluj, iar succesorul acestuia, Emil Petrovici, s-a ocupat de tulburările de vorbire. În perioada 1929–1930, Al. Rosetti a înființat un laborator de fonetică experimentală şi la Bucureşti. Mai târziu, tulburările de limbaj au început să fie abordate prin specializarea „Defectologie", specializare înființată mai întâi în centrul universitar de la Cluj, iar distanța dintre foniatrie (care a rămas în domeniul medical) şi logopedie (care s-a constituit ca parte a educației speciale) a început să fie din ce în ce mai mare. Să nu uităm însă că această distanță a fost şi mai mult accentuată odată cu desființarea specializării Defectologie din anul 1977 şi până în anul 1989 (Gîrbea, Cotul, 1967).

În continuare, în țara noastră preocupările pentru domeniul terapiei limbajului şi al foniatriei sunt reduse, dar observăm în ultima perioadă o tendință din ce în ce mai deschisă spre stabilirea unei mai strânse relații între domeniul ORL (unde foniatria este o supraspecializare) şi domeniul reabilitării limbajului. Începând cu anul universitar 2012 la programul masterat de Terapia limbajului şi audiologie educațională, program oferit de Departamentul de Psihopedagogie specială (reînființat în anul 1990), Facultatea de Psihologie şi Ştiințe ale Educației, Universitatea Babeş-Bolyai, a fost introdusă disciplina „Tulburări de voce şi vorbire", disciplină prin care se încearcă restabilirea unei certe relații între domeniul foniatric şi cel logopedic, relație evidențiată, mai ales, de practica clinică.

Domeniul profesional al logopediei şi-a extins intervenția şi în cazul tulburărilor de alimentație (băut, mâncat, înghițit). Potrivit

Scanned with OKEN Scanner

rezultatelor proiectului Netques (Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes in Speech and Language Therapy across Europe, proiect derulat în intervalul 2010–2013), finanțat de Comisia Europeană, unde au fost implicate 65 de organizații partenere din 27 de țări europene şi Liechtenstein, Norvegia, Islanda şi Turcia, competențele profesionale de bază ale logopedului din profilul ocupațional includ (Netques, 2015):

- evaluarea, diagnosticarea şi intervenția în tulburările de vorbire şi de limbaj;
- evaluarea, diagnosticarea şi intervenția în tulburările de alimentație (mâncat, băut, înghițit).

Din punct de vedere istoric, CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes — Logopèdes de l'Union Européenne/Standing Liaison Committee of EU Speech and Language Therapists and Logopedists, asociație înființată în 6 martie 1988), în cadrul raportului din 2004–2005 privind disfagia, consemnează că terapeutul limbajului/logopedul a început cu 10–15 ani în urmă să se ocupe şi de tulburările de alimentație şi înghițire (băut, mestecat, mâncat). Raportul arată că între țările din Europa au fost identificate diferențe mari cu privire la modul de organizare a terapiei logopedice în contextul tulburărilor de alimentație. Prin acel raport, CPLOL reuşeşte să sublinieze faptul că această dimensiune logopedică are deja tradiție în reabilitarea tulburărilor de alimentație, în contextul în care cel puțin 66% dintre persoanele care sunt internate în centre de îngrijire pe perioade lungi prezintă şi tulburări de alimentație, în timp ce cel puțin 30% dintre persoanele afazice, care au suferit un accident vascular cerebral, manifestă şi tulburări de alimentație (CPLOL, 2015, a).

În țara noastră, întregirea domeniului practicii logopedice şi cu competențe în sfera tulburărilor de alimentație s-a realizat în anul 2013, când în cadrul programului masteral de Terapia limbajului şi audiologie educațională a fost introdusă disciplina „Tulburări de deglutiție" (băut, mâncat, înghițit).

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere aceste date istorice, este evident că reabilitarea tulburărilor de limbaj este un domeniu distinct, marcat însă de un puternic caracter interdisciplinar, situat la granița: psihopedagogiei speciale, neurologiei, fiziologiei, otorinolaringologiei, foniatriei, lingvisticii, psihologiei, psiholingvisticii, pedagogiei.

2. Logopedia. Ortofonia. Terapia limbajului și a comunicării

Termenul „logopedie" provine din grecescul „logos" (care înseamnă cuvânt) şi „paideia" (care înseamnă educare, învățare) (Verza, 2000). Prin urmare, logopedia ca domeniu ştiințific de sine stătător se referea la abordarea limbajului prin prisma reeducării acestuia, modelării achiziției limbajului şi corectării tulburărilor survenite în procesul de achiziție.

Ortofonia este ştiința care se ocupă de reabilitarea auzului şi limbajului. Termenul acesta este utilizat cu precădere în spațiul francofon (ortophonie), iar etimologic vorbind termenul se referă la grupul restrâns al tulburărilor de articulare, tulburările de pronunție a sunetelor vorbirii. De menționat este faptul că în multe țări (de exemplu: Italia, Letonia, Lituania) domeniul logopedic este foarte clar delimitat de domeniul dizabilității auditive, logopedul neocupându-se de reabilitarea persoanei cu dizabilități auditive. În spațiul francofon, în SUA (vezi ASHA – American Speech Language Hearing Association, asociație înființată din anul 1925, cu o lungă tradiție în domeniu), precum şi în țara noastră, terapia limbajului, logopedia, înglobează şi partea de reabilitare psihopedagogică a persoanei cu dizabilități auditive.

Totuşi, atât termenul de logopedie, cât şi cel de ortofonie sunt restrictive pornind de la definiția etimologică, fapt care a condus la delimitarea terminologică mai cuprinzătoare a domeniului prin termenul „terapia limbajului şi a vorbirii" (în engleză, *speech and language therapy*). Termenul „tulburări de limbaj şi comunicare" este

Scanned with OKEN Scanner

de proveniență anglofonă şi se pare că are o utilizare pe o scară mult mai largă decât termenii „logopedie" şi „ortofonie".

Potrivit termenului „terapia limbajului şi a vorbirii" se impune, cu necesitate, realizarea distincției dintre limbaj şi vorbire.

Conform DEX (2009), *limbajul* este definit ca un sistem de semne, simboluri convențional selectate de membrii unei comunități, marcat din punct de vedere istoric, prin care indivizii îşi pot exprima gândurile, intențiile, acțiunile, în timp ce *vorbirea* reprezintă acțiunea de utilizare a limbii în procesul de comunicare, modalitate de comunicare care se delimitează prin componenta sa fonetică, fonologică, morfologică şi sintactică.

Abordând termenii de limbaj şi din punct de vedere logopedic, ASHA (2015a) realizează o tranşantă delimitare a tulburărilor de limbaj, acele tulburări care se referă la cele două componente ale limbajului, componenta expresivă (producere) şi componenta receptivă (comprehensiune). Tulburarea de limbaj se delimitează şi din punctul de vedere al sistemului în care se materializează semnele lingvistice (limbaj verbal — oral şi scris, limbaj nonverbal). De asemenea, potrivit ASHA (2015a), atunci când circumscriem categoria diagnostică a tulburărilor de vorbire, deosebim între tulburările care se referă la pronunția defectuoasă a sunetelor vorbirii, tulburările care se referă la afectarea ritmului şi fluenței verbale şi tulburările referitoare la fonație/voce.

Astfel, potrivit ASHA (2015a), limbajul este o rezultantă socială care cuprinde reguli cu privire la:

- conținut şi semnificație (semnelor lingvistice li se atribuie o semnificație convențional împărtăşită şi acceptată de utilizatori);
- construcția, elaborarea de noi cuvinte (regulile gramaticale care pot fi puse în lucru, în vederea generării de noi cuvinte);
- combinarea cuvintelor (reguli sintactice);
- relaționarea, potrivirea anumitor structuri lingvistice cu anumite contexte, situații sociale (reguli pragmatice).

Scanned with OKEN Scanner

Vorbirea este componenta verbală a limbajului, componenta care asigură materializarea limbajului în acte comunicaționale prin:

- producția vocală (vocea/fonația);
- pronunția sunetelor vorbirii (mobilizarea aparatului fonoarticulator în așa fel încât să asigure articularea sunetelor limbii);
- ritmul adecvat al vorbirii.

Prin urmare, atunci când diagnosticăm o tulburare de limbaj și comunicare, ASHA (2015a) ne propune să realizăm distincția dintre limbaj și vorbire, o distincție care facilitează evitarea utilizării unor categorii diagnostice care uneori sunt foarte specifice doar unei țări. Astfel că utilizarea acestei diferențieri asigură un numitor comun în diagnosticarea acurată a tulburărilor de limbaj.

ASHA (2015a) propune următoarele cazuri prin care aspectele teoretice de diferențiere între limbaj și comunicare sunt materializate:

CAZ 1

Tommy este un băiețel de patru ani. Familia acestuia înțelege cu dificultate ceea ce spune el întrucât vorbește încet, rar și unele sunete sunt distorsionate.

Tulburarea cu care acesta se confruntă este de vorbire și aceasta apare ca urmare a dificultății cu care își mobilizează aparatul fonoarticulator (buze, limbă, maxilare). De asemenea, ritmul vorbirii copilului este unul lent, monoton, iar intensitatea vocii este afectată.

CAZ 2

Jane a avut un accident vascular. Aceasta poate vorbi doar în propoziții foarte scurte, formate dintr-un singur cuvânt sau cel mult două. Îi este dificil să înțeleagă ceea ce se vorbește în jurul ei, dar și să urmărească instrucțiunile date, de exemplu să urmărească direcția indicată.

Tulburarea cu care aceasta se confruntă este una de limbaj, atât la nivel receptiv (nu înțelege ceea ce i se spune, nu poate urmări instrucțiunile date), cât și la nivel expresiv (nu poate elabora structuri propoziționale, sintactice complexe).

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Având în vedere aceste definiții, considerăm că termenul de tulburare de limbaj și vorbire este unul mult mai cuprinzător și mai potrivit ca să circumscrie problematica cu care terapeutul limbajului se ocupă.

În condițiile în care traducerea sintagmei „speech and language therapy" prin sintagma „terapia limbajului și a vorbirii" este una mai puțin relevantă pentru limba română, propunem ca alternativă sinonimică sintagma „tulburări de limbaj și comunicare".

Prin urmare, considerăm că se justifică înlocuirea termenului logopedie cu cel de terapia tulburărilor de limbaj și comunicare, un termen care reușește să surprindă mai acurat și cuprinzător realitatea practică a domeniului desemnat.

3. Circumscrierea domeniului terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare

3.1. Delimitarea domeniului practicii conform CPLOL

CPLOL (2015) subliniază că terapeutul limbajului are ca obiect de activitate persoanele care, ca urmare a tulburării cu care se confruntă, ajung să aibă dificultăți de integrare socială. Aceste persoane pot fi atât copii, cât şi adulți, iar tulburările pe care aceştia le pot prezenta pot fi atât de nuanță funcțională, înnăscute sau dobândite, cât şi cauzate de afecțiuni neurodegenerative. Terapeuții limbajului asigură asistență de specialitate atât la nivelul sectorului educațional (şcoli de masă şi şcoli speciale), cât şi la nivelul sectorului medical, în instituții publice sau particulare, în centre de recuperare.

Potrivit profilului ocupațional delimitat de CPLOL prin proiectul Netques (2010-2013) şi având în vedere rezultatele demersului de colectare de date întreprins de Comisia de Terminologie din cadrul CPLOL în perioada 2014-2015 (rezultatele demersului investigativ au fost prezentate în cadrul Congresului CPLOL din anul 2015 care a avut loc la Florența), specialistul în terapia tulburărilor de

Scanned with OKEN Scanner

limbaj şi comunicare asigură evaluare, diagnosticare şi intervenție în următoarele domenii:

- tulburări fonologice;
- tulburări de vorbire;
- tulburări de voce;
- tulburări de ritm şi fluență;
- tulburări rezonatorii;
- tulburări ale limbajului oral;
- tulburări ale limbajului pragmatic/social;
- tulburări ale limbajului scris/dificultăți specifice de învățare (dislexie, disortografie, disgrafie);
- tulburări de calcul matematic şi rezolvare de probleme;
- intervenție timpurie în tulburările de limbaj şi comunicare;
- reabilitarea limbajului în contextul diferitelor tipuri de dizabilități (de exemplu: dizabilități auditive, dizabilități intelectuale etc.);
- reabilitarea limbajului şi a comunicării în contextul tulburării din spectrul autist;
- terapia afaziei şi a altor tulburări de limbaj şi comunicare cu substrat neurologic;
- tulburări de alimentație şi înghițire;
- comunicări alternative şi augmentative;
- tulburări de procesare auditivă;
- tulburări miofuncționale la nivel orofacial;
- mutism electiv;
- tulburări de limbaj din context psihopatologic (în contextul tulburărilor psihiatrice);
- bilingvism şi multilingvism;
- terapia tulburărilor de la nivelul tubului lui Eustachio (această categorie diagnostică este utilizată cu precădere în Franța, iar terapia sa presupune exerciții care se bazează pe stimularea funcționalității trompei lui Eustachio cu scop preventiv împotriva instalării otitelor).

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere lista de mai sus cu categoriile de lucru specifice terapeutului limbajului, se poate afirma faptul că domeniul profesional al terapeutului limbajului este marcat de o puternică diversitate, acest fapt fiind rezultatul mai multor factori:

- domeniul în care lucrează terapeutul limbajului (domeniul medical, domeniul educațional);
- traseul educațional parcurs sau, cu alte cuvinte, paradigma conform căreia se subsumează formarea terapeutului, paradigma medicală sau cea educațională (pregătirea inițială în domeniul terapiei limbajului în unele țări se realizează prin programe specifice de nivel licență aflate fie în domeniul medical, fie în domeniul ştiinţelor educației, în timp ce în alte țări pregătirea inițială este una mai puțin specifică, prin programe de nivel licență de tipul psihopedagogiei speciale de la noi din țară);
- modul în care profesia este reglementată la nivelul țării;
- sistemul de diagnosticare şi terapie la care se face apel atunci când se realizează încadrarea diagnostică (ICD–10 — Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor şi a Problemelor de Sănătate Asociate, CIF — Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității şi Sănătății (în limba engleză abreviat ICF), DSM 5 — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a cincea).

În țara noastră modelul de clasificare şi încadrare diagnostică a tulburărilor de limbaj şi comunicare este determinat de sectorul în care se fac evaluarea şi diagnosticarea persoanei:

- în sectorul medical încadrarea diagnostică se realizează pe baza ICD–10;
- în sectorul educațional încadrarea diagnostică se realizează după modelul de diagnostic propus de Guțu (1974), un model care acoperă principalele categorii diagnostice din sfera tulburărilor de limbaj şi comunicare delimitate de ICD–10, CIF

Scanned with OKEN Scanner

şi DSM-5, dar care le abordează dintr-o perspectivă psihopedagogică.

3.2. Delimitarea domeniului practicii conform ASHA

Conform ASHA (2015), domeniul practicii terapeuților de limbaj vizează tulburările de vorbire, limbaj şi dizabilitățile auditive, având în vedere ca obiectiv final asigurarea dobândirii de abilități funcționale de comunicare pentru cei cărora li se adresează.

Prin urmare, o primă distincție pe care ASHA o face este între:

- tulburările de vorbire (tulburările care se referă la abilitatea de articulare corectă, tulburările de voce, tulburările de ritm şi fluență);
- tulburările de limbaj (tulburările limbajului expresiv, tulburările limbajului receptiv, tulburări rezultate în urma accidentelor vasculare cerebrale, afazie);
- tulburări de limbaj şi comunicare cauzate de dizabilitățile auditive.

Cea de-a doua distincție realizată de ASHA (2015) este între:

- *tulburările de limbaj şi vorbire întâlnite la copii*:
  - tulburările de vorbire întâlnite la copii sunt: apraxia, bâlbâiala, dizartria, tulburările de voce, tulburările miofuncționale de la nivel orofacial, tulburările sunetelor vorbirii (tulburări de pronunție şi fonologice);
  - tulburările de limbaj întâlnite la copii sunt: dificultăți specifice de învățare, tulburări de limbaj apărute la vârsta preşcolarității, mutism electiv;
  - în cazul copiilor, ASHA (2015) inventariază şi o serie de patologii medicale care implică tulburări de limbaj şi vorbire: ADHD, tulburarea din spectru autist, despicăturile facio-labio-palatine, traumatismele craniene, afectarea emisferei cerebrale drepte.

Scanned with OKEN Scanner

– *tulburările de limbaj şi vorbire întâlnite la adulţi:*
  - tulburările de vorbire întâlnite la adulţi sunt: apraxia, bâlbâiala, dizartria şi tulburările de voce;
  - tulburările de limbaj întâlnite la adulţi sunt de tip afazic;
  - în cazul adulţilor, ASHA (2015) inventariază şi o serie de patologii medicale care implică tulburări de limbaj şi vorbire: scleroza amiotrofică laterală, tulburările psihiatrice, boala Huntington, cancerul laringian şi de la nivelul cavităţii bucale, accidentul vascular cerebral, traumatismele craniene, afectarea emisferei cerebrale drepte.

De asemenea, ASHA (2015) stabileşte câteva repere de bază în abordarea terapeutică a situaţiei în care apare *problema bilingvismului*. În cazul acestui context este subliniat faptul că nu se poate vorbi despre o tulburare de limbaj, procesul de achiziţie a limbajului fiind un proces unic pentru fiecare fiinţă, în dependenţă de cantitatea de input pe care o primeşte pe parcursul vieţii, din mediu. Prin urmare, ASHA (2015) delimitează câteva direcţii centrale pentru contextul bilingvismului, subliniind:

– contribuţia pozitivă a bilingvismului asupra structurării limbajului;
– specificitatea dezvoltării limbajului în contextul achiziţiei a două limbi în mod simultan;
– specificitatea dezvoltării limbajului în contextul achiziţiei celei de-a doua limbi, după ce limba maternă a fost deja însuşită;
– direcţii metodice şi de intervenţie pentru modificarea accentului.

Tulburările de *înghiţire şi alimentaţie* sunt o altă categorie diagnostică înscrisă în preocuparea terapeuţilor limbajului, conform ASHA (2015). La nivelul acestei categorii diagnostice sunt delimitate următoarele subtipuri specifice de tulburări şi direcţii profesionale, care sunt atribuite terapeutului limbajului:

Scanned with OKEN Scanner

- tulburări de alimentație și înghițire întâlnite la copii (disfagie);
- tulburări de alimentație și înghițire întâlnite la adulți (disfagie);
- tulburări de înghițire apărute în urma cancerului de la nivelul capului sau gâtului;
- investigarea videofluoroscopică a procesului de înghițire;
- investigarea endoscopică a procesului de înghițire.

În ceea ce privește *dizabilitățile auditive*, ASHA (2015) delimitează următoarele aspecte terapeutice care sunt asigurate de categoria profesională a terapeuților limbajului și auzului:

- diagnosticarea tipului de dizabilitate auditivă întâlnită la copii și adulți;
- diagosticarea și intervenția în tulburarea de procesare auditivă;
- diagnosticarea și intervenția în tulburarea de auz ca urmare a tinitusului;
- strategiile de compensare a pierderii auditive (labiolectura, sistemele nonverbale de comunicare, comunicarea totală);
- strategiile de screening auditiv;
- strategiile de evaluare a pierderii de auz;
- strategiile de intervenție și recuperare a pierderii de auz;
- mijloacele de compensare a pierderii de auz (proteze auditive, implant cohlear, tehnologii asistive);
- controlul zgomotului și prevenția pierderii de auz.

Trecând în revistă domeniul profesional pe care ASHA îl delimitează, se pot observa complexitatea și tendința de supraspecializare la nivelul terapiei limbajului și auzului, o tendință care apare, în mod natural, ca urmare a multitudinii de cauze și situații care pot conduce la apariția unei tulburări de limbaj și comunicare, precum și a unei tulburări de funcționalitate auditivă, dar și ca urmare a direcțiilor educaționale și profesionale care circumscriu aceste categorii de tulburări.

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Delimitarea domeniului practicii conform IALP

IALP — International Association of Logopedics and Phoniatrics (The Worldwide Organization of Professionals and Scientists in Communication, Voice, Speech, Language Pathology, Audiology and Swallowing). Această asociație a fost înființată în anul 1924 de Emil Froeschels şi are o tradiție considerabilă în domeniul reabilitării limbajului, vorbirii, comunicării, alimentației şi pierderii auzului.

Domeniul practicii terapeutice în viziunea IALP se reduce la *tulburări de comunicare şi alimentație.*

Având în vedere aceste trei direcții de abordare, asigurate de principalele asociații profesionale internaționale, considerăm că se impune o privire globală, exhaustivă asupra domeniului, iar categoriile diagnostice trebuie considerate ca fiind doar repere în abordare, iar nu delimitări imuabile.

4. Modele de abordare a tulburărilor de limbaj și comunicare

Bodea Hațegan (2015), realizând o inventariere a modelelor explicative ale tipurilor de tulburări de limbaj şi comunicare, propune următoarele direcții diagnostice şi de abordare:

4.1. Modelul sistemic

Acest model propune abordarea globală a tulburărilor de limbaj şi comunicare în raport cu mediul de proveniență al persoanei. Prin urmare, acest model subliniază ceea ce susține şi ASHA (2015), anume că fiecare persoană are un ritm propriu de dezvoltare a limbajului, ritm care este influențat de stimulările din mediu. Pe baza acestui model, familia devine actantul principal în procesul de recuperare a tulburării de limbaj şi comunicare, aceasta fiind în

Scanned with OKEN Scanner

măsură să gestioneze „baia lingvistică" după criteriile terapeutice stabilite împreună cu terapeutul.

4.2. Modelul categorial

Acest model stabileşte tipurile de tulburări de limbaj în raport cu categoriile de factori etiologici care le angrenează. În baza acestui model, tulburările de limbaj şi comunicare sunt subsumate unor tablouri patologice mai mari, aşa cum sunt: dizabilitățile auditive, dizabilitățile intelectuale, tulburările de dezvoltare, tulburările din spectrul autist, tulburările neurologice, tulburările emoționale şi comportamentale, deficitul de atenție cu hiperactivitate.

4.3. Modelul tulburărilor specifice

În baza acestui model, factorii psihologici se constituie în direcții explicative pentru tulburările de limbaj şi comunicare. Astfel, potrivit acestui model, deficitele de procesare auditivă (inputul auditiv şi procesarea auditivă deficitară) sunt posibile cauze pentru o parte dintre tulburările de limbaj şi comunicare, în timp ce deficitul mnezic este o posibilă cauză pentru cealaltă parte dintre tulburările de limbaj şi comunicare.

Considerăm că acest model explicativ poate avea implicații terapeutice foarte importante, oferind coordonate pentru un demers terapeutic coerent şi susținut.

4.4. Modelul descriptiv

Acest model delimitează categoriile de tulburări de limbaj şi comunicare după criteriul simptomatologiei. Acest tip de abordare este frecvent întâlnit în practica educațională de la noi din țară. Încadrarea diagnostică a persoanelor cu tulburări de limbaj şi comunicare, dar nu numai, este realizată, mai degrabă, descriptiv.

Scanned with OKEN Scanner

Desigur că în acest fel pot fi evitate o serie de neînțelegeri care ar putea apărea ca urmare a optării pentru realizarea unei încadrări diagnostice sub auspiciile unei anume paradigme.

Acest model descriptiv se poate structura având în vedere modelul pe care Bloom şi Lahey (1978 apud Paul, 2007) îl propun ca să delimiteze procesul de comunicare. Astfel, conform acestui model, procesul de comunicare are trei dimensiuni:

- dimenisunea de formă (unde se încadrează componenta fonetică, morfologică şi sintactică a limbajului);
- dimensiunea de conținut (unde se încadrează componenta semantică a limbajului);
- dimensiunea de utilizare, funcționalitate (unde se încadrează componenta pragmatică a limbajului).

DE REȚINUT!

Recomandăm ca în momentul în care se optează pentru abordarea descriptivă a tulburărilor de limbaj și comunicare să se renunțe la utilizarea unor etichete diagnostice. În acest sens propunem un exemplu de materializare corectă a modelului descriptiv:

V. este un băiat de 5 ani care are dificultăți de exprimare, pronunță multe sunete distorsionat (sunetele: s, ș, j, z, ț și r). Din punct de vedere morfologic, prezintă dificultăți în utilizarea morfemelor corespunzătoare realizării unui acord gramatical corect atât în cazul grupului nominal, cât și în cazul grupului verbal. De asemenea, prezintă și dificultăți de înțelegere a cuvintelor și de utilizare a acestora având în vedere conținuturile lor semantice, precum și dificultăți de utilizare a limbajului în diferite situații sociale.

Același exemplu poate fi exprimat urmând principiile modelului descriptiv, însă optând pentru etichetări categoriale.

V. este un băiat de 5 ani care prezintă dislalie polimorfă, tulburări de limbaj și vorbire.

Recomandăm renunțarea la o astfel de încadrare diagnostică etichetantă, pentru că ea practic nu delimitează specificul cazului, ci juxtapune

Scanned with OKEN Scanner

doar mai multe categorii diagnostice care, în mod normal, ar trebui să fie privite disjunctiv.

5. Criterii diagnostice în tulburările de limbaj și comunicare reunite la nivelul principalelor manuale de diagnostic

5.1. Clasificarea tulburărilor de limbaj și comunicare conform ICD-10

Conform ICD–10, tulburările de limbaj şi comunicare se încadrează în categoria tulburărilor mentale şi de comportament (categoria V), subcategoria tulburărilor psihologice de dezvoltare (F80-89).

În subcategoria tulburărilor psihologice de dezvoltare sunt incluse acele tulburări care au ca puncte de reper comune faptul că:

- se dezvoltă încă din perioada copilăriei;
- sunt caracterizate printr-o întârziere în dezvoltare care este dependentă de maturizarea sistemului nervos central;
- evoluția este constantă, fără remisii şi reactivări.

Aceste tulburări vizează în special: abilitățile lingvistice, abilitățile vizual-spațiale şi abilitățile motorii. Frecvent, aceste tulburări debutează de timpuriu, iar odată cu creşterea copilului, acestea se diminuează. Desigur că în unele cazuri deficitele se păstrează şi la vârsta adultă.

Tulburările specifice de limbaj şi vorbire (F80) se constituie într-o categorie distinctă a tulburărilor psihologice de dezvoltare. Acestea nu au drept cauză: afectarea sistemului nervos, dizabilitățile senzoriale, dizabilitatea intelectuală, factorii de mediu. Aceste tulburări specifice de limbaj se pot însă asocia cu dificultățile specifice de învățare, tulburările emoționale şi comportamentale.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre tulburările specifice de limbaj şi comunicare, ICD-10 enumeră:

- *F80.0 — tulburarea de articulare a sunetelor vorbirii* (copilul articulează deficitar sunetele vorbirii în raport cu vârsta acestuia, dar nu prezintă alte întârzieri în dezvoltarea cognitivă sau în dezvoltarea limbajului). În această categorie sunt incluse tulburările de pronunție, tulburările fonologice, dislalia, tulburările lalației. Sunt excluse: tulburările de articulare cauzate de afazie, dizabilitatea auditivă, apraxia, tulburările limbajului expresiv şi receptiv, dizabilitatea intelectuală.
- *F80.1 — tulburarea limbajului expresiv* (copilul prezintă abilități de utilizare a limbajului expresiv sub nivelul vârstei lui cronologice, în timp ce demonstrează un nivel corespunzător al abilităților lingvistice receptive; tulburarea de pronunție a sunetelor nu este o condiție diagnostică). În această categorie sunt incluse disfazia şi afazia de dezvoltare, forma expresivă. Sunt excluse: disfazia, afazia, dizabilitatea intelectuală, mutismul electiv, tulburarea pervazivă de dezvoltare, tulburarea limbajului receptiv.
- *F80.2 — tulburarea limbajului receptiv* (copilul prezintă abilități de comprehensiune verbală sub nivelul vârstei lui cronologice. În majoritatea cazurilor, tulburările receptive sunt însoțite şi de tulburări în planul abilităților expresive şi de tulburări de pronunție). În această categorie sunt incluse disfazia şi afazia de dezvoltare, forma receptivă, afazia Wernicke de dezvoltare. Sunt excluse: disfazia, afazia, dizabilitatea intelectuală, mutismul electiv, tulburarea pervazivă de dezvoltare, tulburarea limbajului expresiv, întârzierea în achiziția limbajului pe fondul dizabilității auditive, afazia dobândită cu epilepsie (Landau-Kleffner).
- *F80.3 — afazia dobândită cu epilepsie (Landau-Kleffner)* — aceasta se instalează după ce copilul a înregistrat o dezvoltare tipică a limbajului. Implică deteriorarea atât a abilităților lingvistice

Scanned with OKEN Scanner

expresive, cât şi a abilităţilor lingvistice receptive, fără afectarea funcţiilor cognitive. Modificările pe EEG sunt prezente în toate cazurile, iar în anumite cazuri afazia se poate asocia cu crizele epileptice. Deteriorarea funcţiilor lingvistice este episodică (de la câteva zile până la câteva săptămâni), iar acest tip de afazie se instalează în perioada 3–7 ani. Din această categorie sunt excluse afazia, autismul şi tulburarea dezintegrativă a copilăriei.

- *F80.8 — alte tulburări de dezvoltare a limbajului şi vorbirii* (în această categorie ICD-10 listează sigmatismul).
- *F80.9 — alte tulburări de dezvoltare a limbajului care nu pot fi specificate* (în această categorie intră tulburările de dezvoltare a limbajului care nu întrunesc criterii categoriale).

Alături de tulburările specifice de dezvoltare a limbajului, ICD-10 listează:

- F 81 — tulburările specifice ale abilităţilor şcolare (tulburarea specifică de citire, tulburare specifică de scriere, tulburarea specifică a calculului matematic, tulburările mixte ale abilităţilor şcolare, alte tulburări ale abilităţilor şcolare).
- F 82 — tulburările specifice de dezvoltare motorie (tulburările de coordonare motorie, dispraxia).
- F 83 — tulburările mixte de dezvoltare (sunt combinaţii ale tulburărilor de la F80, F81, F82 şi care de obicei se asociază şi cu disfuncţii cognitive).
- F 84 — tulburările pervazive de dezvoltare (acestea presupun deficite în stabilirea de relaţii sociale şi tulburări de comunicare: autismul infantil, autismul atipic, sindromul Rett, sindromul Asperger etc.).

În categoria a V-a a tulburărilor mentale şi comportamentale, **subcategoria tulburărilor comportamentale şi emoţionale cu debut în copilărie sau adolescenţă (F 90–F 98)** sunt delimitate şi următoarele tulburări de limbaj şi comunicare:

Scanned with OKEN Scanner

- *F94.0 — mutismul electiv* (această tulburare presupune abilități sociale deficitare, copilul reușind să demonstreze abilități comunicaționale funcționale doar în anumite situații, iar în altele se instalează imposibilitatea comunicațională). Mutismul electiv face parte din categoria tulburărilor de funcționare socială cu debut în copilărie și adolescență, aceste tulburări având mediul ca factor declanșator sau de menținere a deficitelor. Prin urmare, aceste tulburări trebuie deosebite de tulburările pervazive de dezvoltare, unde implicațiile sociale sunt o rezultantă a deficitelor biologice constitutive.
- *F 95 — boala ticurilor* (aceasta include și ticurile verbale, vocalizele, repetițiile de silabe și cuvinte).
- *F 98 — alte tulburări emoționale și comportamentale cu debut în copilărie și adolescență* (aici este inclusă bâlbâiala, tulburarea de ritm și fluență, tulburările de alimentație ale copilului).

Este evident că în toate aceste subcategorii de tulburări listate în categoria a V-a a tulburărilor mentale și comportamentale, tulburările de limbaj și comunicare sunt prezente, fie ele de natură specifică (F 80), fie ele simptome ale unei alte tulburări (F 81, F 82, F 83, F 84, F 94, F 95, F 98).

În categoria a XVII-a sunt incluse tulburările congenitale, malformațiile și aberațiile cromozomiale. În multe dintre patologiile listate apar implicații negative în structurarea limbajului, de exemplu:

- Q 00–07 — afectarea congenitală a sistemului nervos;
- Q 10–18 — afectarea congenitală a ochilor, feței, urechii și gâtului;
- Q 17 — afectarea congenitală a urechii ce conduce la dizabilitate auditivă;
- Q 30–34 — afectarea congenitală a sistemului respirator;
- Q 35–37 — despicătura labială și palatină.

Scanned with OKEN Scanner

În categoria **a XVIII-a sunt menționate simptome și semne clinice care nu au fost anterior inventariate**. Inclusă în această categorie este și o subcategorie care se referă la **simptome și semne referitoare la limbaj și vorbire (R47-49)**:

- *R 47 — tulburări de vorbire care nu au fost specificate.* Aici sunt incluse: dizartria, anartria și afazia.
- *R 48 — dislexia și alte tulburări ale utilizării simbolurilor care nu au mai fost menționate* (sunt excluse tulburările specifice de învățare a abilităților școlare listate în categoria F81). Aici sunt incluse: dislexia, alexia, acalculia, agrafia și agnozia, apraxia.
- *R 49 — tulburările de voce.* În această categorie sunt incluse: disfonia, afonia, hipernazalitatea, hiponazalitatea (sunt excluse tulburările psihogene de voce F 44).

Abordarea propusă de ICD–10 este una bazată pe modelul medical al explicării tulburărilor și dizabilităților. De asemenea, abordarea nu este una specifică pentru terapeutul limbajului, acesta fiind obligat să identifice posibile încadrări în anumite categorii și subcategorii în funcție de tabloul simptomatologic, de gravitatea manifestării tulburării, de momentul în care a debutat tulburarea etc. Utilizarea ICD–10 este dificilă pentru terapeutul limbajului de la noi din țară, aceasta fiind la îndemâna medicului, de aceea ICD–10 se utilizează preponderent în sistemul medical.

5.2. Clasificarea tulburărilor de limbaj și comunicare conform CIF

Utilizarea CIF în spațiul terapiei limbajului și a comunicării este mai facilă având în vedere structura CIF, cele două componente care organizează demersul de descriere și încadrarea diagnostică. Chiar și în aceste condiții, CIF este mai puțin utilizat la noi în țară pentru a facilita diagnosticarea persoanelor cu tulburări de limbaj, pentru că propune un model complex de abordare a tulburărilor

Scanned with OKEN Scanner

şi dizabilităţilor. De altfel, în general, utilizarea acestui instrument în clasificarea, descrierea şi abordarea tulburărilor de limbaj este mai puţin întâlnită tocmai datorită abordării multidimensionate pe care o propune (Washington, 2007, Ma, Threats, Worrall, 2008, Threats, 2009).

CIF este organizat pe două părţi, fiecare parte subdivizată la rându-i după cum urmează:

1. Funcţionare şi dizabilitate
   a. Funcţiile şi structurile organismului
   b. Activităţi şi participare
2. Factori contextuali
   a. Factori de mediu
   b. Factori personali
3. Factori externi/de mediu

Modelul descriptiv şi diagnostic propus de CIF este ilustrat în figura 1:

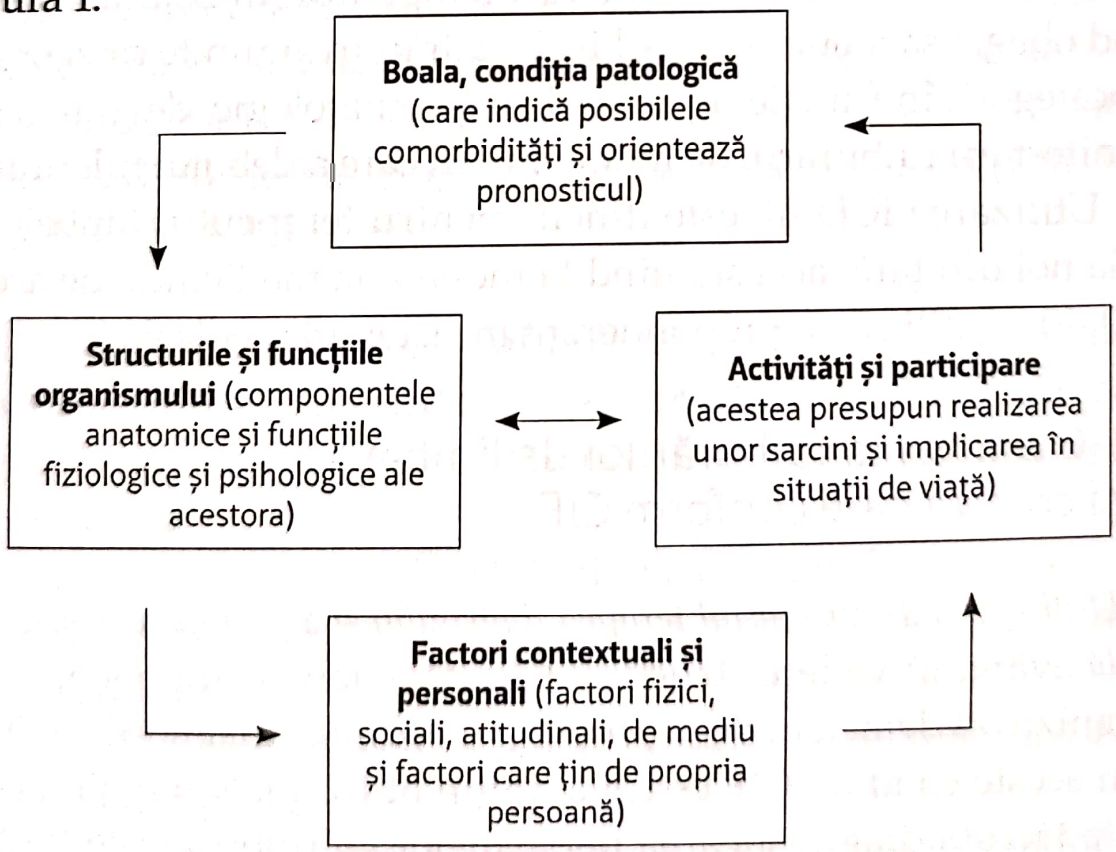

Figura 1. Structura CIF (după CIF, 2004).

Scanned with OKEN Scanner

Această organizare îi permite terapeutului să stabilească structurile corpului afectate ale persoanei (fiziologice şi psihologice), iar apoi să identifice în ce măsură acea afectare îi reduce posibilitatea de implicare în viața de zi cu zi, în diferitele contexte sociale şi de comunicare, evidențiind în acelaşi timp şi punctele forte ale persoanei. Desigur că implicarea este mijlocită nu doar de gradul afectării structurilor şi funcțiilor corpului (pentru a ilustra severitatea afectării funcțiilor şi structurilor corpului, CIF propune ca sistemul de codare utilizat să includă specificatori ai gradului severității de la 0 la 4, unde 0 înseamnă lipsa afectării, iar 4 înseamnă afectare totală), ci şi de factorii externi, factorii de mediu, politicile sociale, tehnologiile de asistare utilizate şi atitudinile din mediu, precum şi de factorii interni, care țin de propria persoană.

Prin urmare, CIF nu doar că îşi propune să ofere un limbaj comun de diagnosticare, care poate fi utilizat cu uşurință în domeniul sănătății, ci oferă şi importante direcții de intervenție şi recuperare, în acord şi cu mediul din care provine persoana, cu nevoile acesteia, raportate la mediu. Prin urmare, modelul de explicare a tulburărilor şi dizabilităților propus prin CIF este unul sistemic, ecologic, complementar ICD–10. Astfel, în timp ce ICD–10 propune un model bazat pe factorii etiologici, CIF propune un model focalizat pe funcționare şi dizabilitate asociate cu starea de sănătate.

Cu aplicabilitate pentru domeniul terapiei limbajului şi a comunicării, CIF le propune specialiştilor nu doar să identifice şi să denumească problema cu care se confruntă persoana din terapie, ci şi să realizeaze un profil prin care să stabilească punctele forte ale persoanei şi nevoile acesteia în raport cu mediul din care provine, în aşa fel încât să maximizeze inserția socială şi profesională a persoanei.

În CIF, tulburările de limbaj sunt listate în cadrul capitolelor referitoare la funcțiile corpului:

- Capitolului 1 referitor la funcțiile mentale, subdiviziunea dedicată funcțiilor mentale ale limbajului (b167): aici sunt incluse funcțiile de receptare şi exprimare orală şi în scris,

Scanned with OKEN Scanner

precum şi în alte modalităţi de comunicare (de exemplu, limbajul gestual), tulburările aferente sunt cele care ţin de exprimarea orală, scrisă sau în alte forme de comunicare, afazia fiind categoria diagnostică clar delimitată.

- Capitolului 2 referitor la funcţiile senzoriale şi la durere, subdiviziunea dedicată funcţiilor auzului (b230): aici sunt incluse funcţiile senzoriale care privesc discriminarea auditivă, localizarea sursei sonore, discriminarea verbală, dizabilitatea auditivă fiind patologia delimitată.
- Capitolului 3 referitor la voce şi funcţiile vorbirii. Întreg acest capitol se ocupă de:
  a. *funcţiile care generează sunetele şi vorbirea*, fiind incluse funcţiile vocii/fonaţiei unde sunt listate afectări precum afonia, disfonia, răguşeala, hipernazalitatea şi hiponazalitatea (b310);
  b. *funcţiile de articulare a sunetelor vorbirii*, funcţiile de pronunţie a sunetelor (tulburările incluse în această categorie sunt dizartria flască, dizartria ataxică, dizartria spastică, anartria) (b320);
  c. *fluenţa şi ritmul funcţiilor vorbirii*, fiind incluse aici funcţiile de fluenţă, ritm, melodicitate a vorbirii, pronunţarea ritmică şi intonaţia, cu următoarele tulburări: bâlbâiala, lipsa de fluenţă, vorbirea cu pauze şi repetări involuntare de silabe, bradilalia şi tahilalia (b330);
  d. *funcţiile de vocalizare alternativă*, fiind incluse aici funcţiile de generare a notelor şi a gamei muzicale, funcţiile cântatului, funcţiile fredonării, funcţiile gânguritului (b340).
- Capitolului 5 referitor la funcţiile sistemelor digestiv, metabolic şi endocrin, subcapitolul referitor la funcţiile aferente sistemului digestiv — funcţiile ingestiei (b510–5109). În cadrul acestui subcapitol sunt incluse tulburări precum: disfagia bucală, faringiană sau esofagiană, afectări pe traiectul esofagian al hranei.

Scanned with OKEN Scanner

Tuturor acestor funcții le sunt inventariate structurile corporale aferente în capitolele următoare, pentru ca în partea a doua a CIF să fie evidențiate nuanțări legate de activitatea, acțiunile, sarcinile pe care persoana le poate realiza, precum şi nuanțări legate de implicarea într-o situație de viață. Sunt punctate, totodată, limitările persoanei în activitate, adică acele dificultăți cărora persoana trebuie să le facă față în executarea activităților, precum şi restricțiile cu care se confruntă când se implică în situații concrete de viață. De asemenea, în capitolele dedicate factorilor de mediu se delimitează măsura în care un factor de mediu acționează ca un obstacol sau un facilitator pentru persoana în cauză.

ASHA (2015b)[1] susține pentru domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare utilizarea modelului descriptiv propus de CIF în diferite cazuri specifice, punctând valențele categorial delimitatoare ale acestui instrument, precum şi uşurința cu care acest model poate fi utilizat în vederea proiectării unui demers complex, multidimesional, de intervenție. Pornind de la aceste modele, propunem delimitarea unui caz de rinolalie mixtă în tabelul de mai jos, folosind structura CIF.

Din tabelul 1 se poate observa că CIF propune o modalitate complexă, organizatoare şi multidimensionată prin care situația cu care persoana cu tulburare de limbaj se confruntă este în detaliu abordată. Acest tip de abordare permite extragerea unor clare direcții terapeutice care ulterior pot fi materializate prin formularea unor obiective terapeutice pe termen lung şi scurt.

Având în vedere aceste aspecte, considerăm că CIF este un instrument cu o valoare certă pentru domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare, instrument care ar putea fi utilizat cu succes în demersul de diagnostic şi intervenție.

---

[1] http://www.asha.org/slp/icf/

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1. Ilustrarea unui caz de rinolalie pe baza CIF

Condiția patologică: rinolalie mixtă pe fondul sindromului Pierre-Robin			
Date obținute în urma evaluării	**Structurile și funcțiile corpului**	**Activități și participare**	**Factori contextuali și personali**
	Vorbirea este atât hipernazalizată, cât și hiponazalizată (în funcție de contextul lingvistic), vălul palatin neputând obtura întotdeauna orificiul buco-nazal (vălul palatin este integru din punct de vedere anatomic, dar cedează la presiune mai mare). Inteligibilitatea vorbirii este afectată. Abilitățile respiratorii sunt limitate (apare tendința de vorbire pe inspir, iar volumul respirator este redus). Se notează și imprecizia articulatorie, precum și tendința de posteriorizare a bazei articulatorii. Abiltățile motorii sunt deficitare, în situația în care este obosit, simptomatologia se agravează.	Are abilități funcționale de comunicare, dar evită să vorbească cu persoane mai puțin familiare, evită să își facă noi prieteni. Are dificultăți în a purta o discuție telefonică. În prezența persoanelor necunoscute apare blocajul în exprimare, la fel și în situații stresante.	V. este elev în clasa a VIII-a. Este motivat să își îmbunătățească abilitățile de comunicare pentru a face față examenului național de finalizare a ciclului gimnazial. Familia susține demersul de intervenție, dar manifestă și comportament hiperprotector. Este afectat de atitudinea stigmatizantă a celor din jur, fapt care îl determină să evite să își facă noi prieteni. Manifestă interes pentru tehnologii, ceea ce ar putea fi benefic în procesul de recuperare. A mai urmat terapie logopedică în trecut, dar din motive de program școlar supraaglomerat a întrerupt frecventarea cabinetului logopedic.
Direcții terapeutice	Tulburarea cea mai pregnantă ↓ în cazul de față hipo- și hipernazalizarea	Activitățile cele mai importante pentru copil ↓ în cazul de față activitățile care asigură socializare	**Factorii externi, de mediu și personali care pot limita sau facilita procesul recuperator** ↓ **în cazul de față familia, grupul de prieteni și utilizarea tehnologiilor**

Scanned with OKEN Scanner

Obiective terapeutice	**Obiective pe termen lung:** – creșterea nivelului inteligibilității vorbirii; – structurarea unor abilități funcționale de comunicare. **Obiective pe termen scurt:** – creșterea tonusului muscular la nivelul vălului palatin; – generalizarea vorbirii pe expir (antrenarea respirației verbale); – reducerea hiper- și hiponazalizării; – antrenarea componentei pragmatice a limbajului.

5.3. Clasificarea tulburărilor de limbaj și comunicare conform DSM-5

Clasificarea tulburărilor de limbaj şi comunicare conform DSM-5 (Manualul de diagnostic şi clasificare statistică a tulburărilor mintale, ediția a 5-a) este una foarte uşor de abordat în terapie datorită direcțiilor concise de abordare (Bodea Hațegan, 2015).

DSM-5 propune o reorganizare a domeniului tulburărilor de limbaj şi comunicare, încadrându-le în categoria tulburărilor de neurodezvoltare (tulburări care debutează şi se manifestă preponderent în perioada copilăriei, au implicații în plan şcolar şi social, au o bază biologică). Alături de tulburările de limbaj şi comunicare, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (ADHD), tulburările din spectrul autist, dizabilitatea motorie, dizabilitatea intelectuală şi dificultățile specifice de învățare sunt celelalte categorii diagnostice reorganizate prin DSM-5.

DE REȚINUT!

Intervenția logopedică trebuie să fie una promptă, timpurie, având în vedere debutul acestor tulburări și implicațiile majore în plan social, școlar, emoțional.

Potrivit DSM-5, principalele categorii de tulburări de limbaj şi comunicare sunt:

– tulburări de limbaj (*speech disorders*);
– tulburarea sunetelor vorbirii/fonemelor (*speech sound disorder*);

Scanned with OKEN Scanner

- tulburarea de fluență cu manifestare la copil (bâlbâială) (*childhood-onset fluency disorder — stuttering*);
- tulburări de comunicare socială (pragmatică) (*social pragmatic communication disorder*);
- alte tulburări nespecificate de limbaj.

Tulburările de limbaj constituie o categorie diagnostică delimitată, prin afectarea tuturor dimensiunilor actului lingvistic oral şi scris, precum şi a modalităților nonverbale de comunicare. Această categorie de limbaj presupune deficite la nivelul manipulării simbolice, atât în plan expresiv (la nivelul abilităților productive), cât şi în plan impresiv (la nivelul comprehensiunii, al abilităților receptive). Tulburările de limbaj se instalează în absența dizabilităților senzoriale, a tulburărilor neurologice, a tulburărilor motorii, a dizabilității intelectuale sau a întârzierii în dezvoltare. Aceste tulburări au caracter ereditar, genetic.

Tulburarea sunetelor vorbirii/fonemelor se referă în exclusivitate la acele tulburări care implică deficite lingvistice de natură expresivă, iar aceste deficite vizează latura fonetico-fonologică a limbajului. Tulburarea se instalează pe fondul unor abilități articulatorii deficitare (componentele aparatului fonoarticulator sunt disfuncționale). DSM-5 subliniază faptul că tulburarea fonologică se asociază cu lipsa de coordonare motorie, cu deficitul motor de la nivelul aparatului fonoarticulator, ceea ce a făcut ca vechea categorie diagnostică din DSM-IV, categoria tulburărilor fonologice, să fie înlocuită cu această categorie de tulburări, categoria tulburărilor sunetelor vorbirii. Este de menționat faptul că prin această reorganizare a acestei categorii diagnostice se extinde sfera de abordare a tulburărilor de pronunție, ceea ce înseamnă că îi permite terapeutului să sublinieze relația dintre tulburările articulatorii şi inteligibilitatea vorbirii. Tulburarea debutează în copilăria mică, ea implicând deficite în plan social, insucces şi eşec şcolar. În vederea

Scanned with OKEN Scanner

circumscrierii diagnostice, DSM-5 exclude ca posibile cauze tulburări/patologii precum: dizabilitatea auditivă, paralizia cerebrală sau alte tulburări cu substrat neurologic, traumatisme cerebrale, despicătura palatină sau alte patologii medicale.

DE REȚINUT!

Tulburarea sunetelor vorbirii include dislalia și tulburările fonologice, dar se referă și la aspecte care privesc miodisfuncțiile de la nivel oro-facial, precum și disfuncțiile de procesare auditivă. Este astfel o categorie diagnostică plurivalentă, care demonstrează complexitatea celor mai simple forme de tulburări de limbaj, iar terapia trebuie să fie astfel structurată încât să răspundă nevoilor terapeutice în mod holistic, iar nu componențial.

Tulburarea de fluență a vorbirii — bâlbâiala delimitată prin DSM-5 se referă doar la formele acestei tulburări întâlnite la copil. Acest aspect nu înseamnă că la adult nu este prezentă bâlbâiala, dar acea formă nu are caracter specific neurodezvoltării, ea fiind cauzată de diverse patologii. Din punct de vedere simptomatologic, tulburarea de fluență a vorbirii se caracterizează prin: pauze şi blocaje articulatorii, repetări ale sunetelor, silabelor sau cuvintelor, prelungirea unor cuvinte, spasme musculare la nivelul aparatului fonoarticulator, reacții de natură neurovegetativă, tendința de evitare a blocajului articulator prin perifrazare. Diagnosticul de tulburare de fluență a vorbirii se stabileşte în absența: dizabilității motorii, fizice, tulburării neurologice, dizabilității senzoriale, dizabilității intelectuale, tulburărilor psihice sau a altor afecțiuni medicale.

Tulburarea de comunicare socială delimitează abilitățile deficitare de comunicare verbală şi nonverbală. Aceste abilități presupun afectarea componentei pragmatice a limbajului, acea componentă care asigură: inițierea, menținerea, finalizarea unei conversații; adaptarea conținutului conversației la momentul şi locul unde are loc actul comunicațional şi la interlocutor(i); asumarea rolurilor în

Scanned with OKEN Scanner

actul conversațional (rol de emițător şi de receptor, aşteptarea rândului în actul comunicațional, schimbarea rolului), înțelegerea conținuturilor comunicaționale implicite (conținuturi exprimate prin tonalitatea vocii, pauze în vorbire, postură, grimase etc.). Tulburarea debutează, de asemenea, în copilăria mică, implicațiile acesteia fiind evidente mai târziu, după vârsta de 3 ani, moment în care dialogul, actul comunicațional câştigă teren. Diagnosticul se stabileşte în absența tulburărilor din spectrul autist, dizabilității intelectuale, dizabilităților senzoriale, întârzierii globale în dezvoltare, tulburărilor neurologice.

Tulburările nespecificate de comunicare reunesc acele tulburări care nu au fost cuprinse în cele patru categorii de mai sus sau care presupun combinații care nu-i permit clinicianului să stabilească prioritatea unei forme de tulburare de limbaj sau a alteia.

6. Modelul diagnostic propus de Guțu (1974)

Guțu (1974) propune ca model de diagnosticare a tulburărilor de limbaj o direcție criterială după cum urmează:

- criteriul anatomo-fiziologic;
- criteriul structurii lingvistice afectate;
- criteriul periodizării;
- criteriul psihologic (criteriu care se referă la comorbiditățile tulburărilor de limbaj sau implicațiile psihologice ale acestora).

Acest model are o utilizare largă în practica logopedică din țara noastră şi asigură un cadru articulat de încadrare diagnostică, precum şi de intervenție. Este un model unde accentul cade atât asupra perspectivei medicale, anatomice, cât şi asupra perspectivei lingvistice, precum şi asupra perspectivei psihologice în abordarea faptelor de limbă şi comunicare, ceea ce înseamnă că modelul este unul multidimensional. Chiar dacă modelul este unul elaborat cu

Scanned with OKEN Scanner

mai mulți ani în urmă, noile direcții diagnostice pot fi înglobate la nivelul acestuia cu ușurință.

Astfel, potrivit **criteriului anatomo-fiziologic**, sunt delimitate șase subcategorii de tulburări de limbaj:

- tulburări care presupun afectarea **analizatorului verbo-motor** (tulburările expresive, tulburări unde coordonarea motorie este deficitară);
- tulburările care presupun afectarea **analizatorului verbo-auditiv** (tulburările impresive, tulburări unde inputul auditiv sau procesarea acestuia mijlocește structurarea limbajului);
- tulburări care presupun **afectare centrală** (deficitul este localizat la nivelul sistemului nervos central, implică un fundament neurologic);
- tulburări care presupun **afectare periferică** (deficitul apare ca urmare a disfuncțiilor de la nivelul organelor efectoare implicate în producerea și receptarea limbajului, la nivelul componentelor aparatului fonoarticulator);
- tulburări care presupun **afectare organică** (deficitul apare pe fondul unor modificări structural-anatomice la nivelul componentelor centrale și periferice ale analizatorului verbo-motor și verbo-auditiv);
- tulburări care presupun **afectare funcțională** (deficitul apare pe fondul unor disfuncții la nivelul componentelor centrale și periferice ale analizatorului verbo-motor și verbo-auditiv).

Bodea Hațegan (2013) propune un model grafic, vizual, prin care sunt redate cele șase categorii de tulburări de limbaj și comunicare subsumate criteriului anatomo-fiziologic, accentul căzând asupra interacțiunii dintre acestea.

În 2015, Bodea Hațegan oferă și câteva detalieri diagnostice ale interacțiunii celor șase subdelimitări de la acest prim criteriu diagnostic enunțat de Guțu (1974), reluat în literatura românească dezbătut și asumat de Verza (2000), Anca (2005), Moldovan (2006).

Scanned with OKEN Scanner

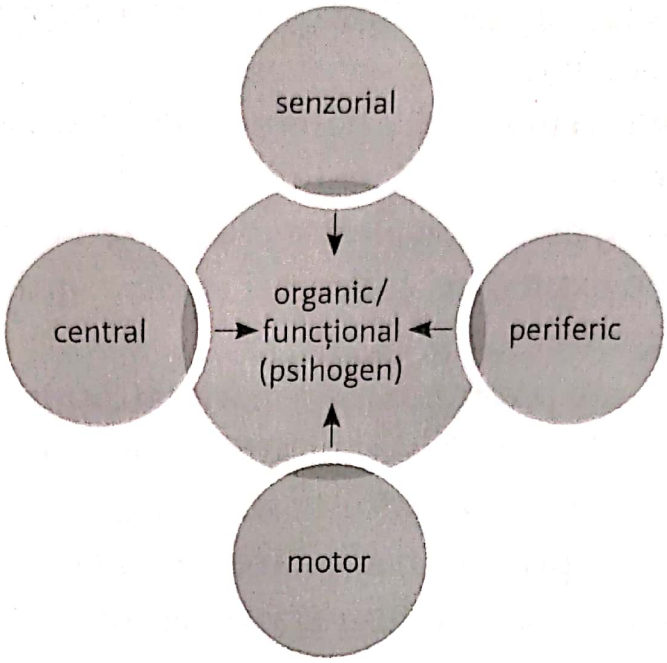

Figura 2. Direcții diagnostice și de prevenție a tulburărilor de limbaj și comunicare (Bodea Hațegan, 2013).

Criteriul structurii lingvistice afectate delimitează următoarele categorii de tulburări de limbaj şi comunicare:

- tulburări de pronunție, care afectează structura fonetico-fonologică a limbajului (dislalie, dizartrie şi rinolalie);
- tulburări de ritm şi fluență (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia);
- de voce (tulburări care afectează actul fonator — afonia, disfonia, fonastenia, după Anca, 2005);
- tulburări polimorfe de limbaj (unde sunt afectate toate laturile limbajului — afazie, disfazie, întârzierea în dezvoltarea limbajului, mutismul electiv şi alte logonevroze);
- tulburările limbajului scris (alexie, dislexie, agrafie, disgrafie).

Detaliind acest criteriu în 2015, Bodea Hațegan inventariază şi categoria tulburărilor:

- cu fenotip gramatical (tulburarea este localizată la nivelul laturii morfologice şi sintactice a limbajului). Acest tip de tulburare este amplu dezbătută de Bishop et al. (2000, 2002, 2006) şi Van der Lely et al. (1996, 1998);

Scanned with OKEN Scanner

- lexico-semantice (tulburarea este rezultanta unei afectări a laturii lexico-semantice a limbajului, este o tulburare de limbaj verbal unde apare doar deficitul semantic, volumul vocabularului redus, comprehensiunea verbală alterată);
- pragmatice (tulburarea este localizată la nivelul laturii pragmatice a limbajului);
- de înghițire (această categorie diagnostică apare mai recent în practica logopedică (ea nefiind identificată în modelul propus de Guțu, 1974) pe fondul accidentelor vasculare cerebrale, al traumatismelor cerebrale — al afectărilor neurologice în general, ceea ce înseamnă că se asociază cu tulburări de limbaj cu substrat neurologic: dizartria, afazia).

Criteriul periodizării delimitează între:

- tulburări de limbaj şi comunicare cu debut şi manifestare în perioada preverbală (0-2 ani). Aceste tulburări împiedică practic dezvoltarea limbajului, sunt tulburări constitutive, înnăscute, de cele mai multe ori, ceea ce înseamnă că au un grad de severitate accentuat în cele mai multe dintre cazuri, mai ales acolo unde tulburările de limbaj sunt nespecifice şi ele apar pe fondul unui sindrom, al unei boli sau al unei dizabilități;
- tulburări de limbaj şi comunicare cu debut şi manifestare în perioada de dezvoltare a limbajului (2–6 ani). Aceste tulburări blochează sau încetinesc dezvoltarea limbajului. Pronosticul în astfel de cazuri este mai favorabil decât în cazul tulburărilor care apar în intervalul 0–2 ani;
- tulburări de limbaj şi comunicare cu debut şi manifestare în perioada verbală (după 6 ani). Aceste tulburări apar după ce limbajul a fost structurat, ceea ce înseamnă că apar de cele mai multe ori ca urmare a unei boli sau a unui accident. În funcție de factorul etiologic variază şi severitatea, dar şi pronosticul în fiecare caz de acest tip.

Scanned with OKEN Scanner

Criteriul psihologic atrage atenția asupra faptului că tulburările de limbaj pot avea implicații psihologice majore şi pot surveni pe fondul unor tablouri diagnostice complexe. În cel din urmă caz, tulburările de limbaj sunt manifestări secundare ale unei boli, dizabilități, iar în aceste cazuri intervenția logopedică este diferită față de manifestarea primară, specifică a tulburării de limbaj. Acest criteriu ne atrage atenția asupra importanței diagnosticului diferențial.

7. Abordare conclusivă

Rezumând toate direcțiile şi modelele diagnostice prezentate în acest capitol, putem conchide că domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare este unul complex, perspectivele diagnostice şi de intervenție sunt într-o continuă schimbare, iar tendința este aceea de supraspecializare. Prin urmare, din categoriile diagnostice mari sunt desprinse o serie de subcategorii prin care se asigură o mai bună şi mai profundă abordare a domeniului, precum şi direcții de profesionalizare. Un exemplu în acest sens poate fi tulburarea de procesare auditivă, desprinsă din categoria mare a tulburărilor de limbaj unde latura receptivă este afectată.

Gradul de popularitate al unui manual sau model de diagnostic este influențat de modul în care acesta se regăseşte în practica de zi cu zi, ceea ce înseamnă că terapeutul optează pentru utilizarea unui anumit model de abordare, în funcție de măsura în care acel model răspunde nevoilor sale.

Mergând în direcția propusă de Paul (2007), considerăm că o delimitare a tulburărilor de limbaj şi comunicare după cum urmează poate asigura o plenară înțelegere a domeniului, precum şi direcții diagnostice şi de intervenție funcționale:

- **tulburări specifice de limbaj** (unde tulburarea de limbaj este centrală, este de cele mai multe ori constitutivă şi nu apare pe fondul unei boli sau al altei dizabilități);

Scanned with OKEN Scanner

– **tulburări nespecifice de limbaj** (în aceste situații tulburarea de limbaj apare pe fondul unei boli sau dizabilități, de exemplu tulburarea de limbaj din sindromul Down). În aceste cazuri, tehnicile de intervenție sunt specifice, diferite față de situația tulburărilor specifice de limbaj prin natura fondului pe care se instalează tulburarea.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ediția a cincea). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecții*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

ASHA, (2015a). *What is language? What is speech?* consultat în data de 21.08.2015, pe http://www.asha.org/public/speech/development/language_speech/.

ASHA, (2015b). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*, consultat în data de 21.08.2015, pe http://www.asha.org/slp/icf/.

Bishop, D., Adams, C.V., Norbury, C.F. (2006). Distinct genetic influences on grammar and phonological short-term memory deficits: evidence from 6-year-old twins, *Genes, Brain and Behavior*, 5, 158–169.

Bishop, D., Bright, P., James, C., Bishop, S., Van Der Lely, H. (2000). Grammatical SLI: A distinct subtype of developmental language impairment?, *Applied Psycholinguistics*, 21, 159–18.

Bishop, D., Norbury, C.F., Briscoe, J. (2002). Does impaired grammatical comprehension provide evidence for an innate grammar module?, *Applied Psycholinguistics*, 23, 247–268.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Scanned with OKEN Scanner

Bodea Hațegan, C. (2015). „Tulburările de limbaj şi comunicare", în Roşan, A. (2015). *Psihopedagogia specială, Evaluare şi intervenție*, Iaşi: Polirom.

CPLOL, (2015). *Dysphagia Review 2004-2005*, consultat în data de 22.08.2015, pe http://www.cplol.eu/images/Documents/prof_pract/CPLOL_dysphagiareport_en.pdf.

Gîrbea, Şt., Cotul G. (1967). *Fonoaudiologie. Fiziologia vocii vorbite şi cântate*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Guțu, M. (1974). *Curs de logopedie*, Curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Ma, E.P-M., Threats, T.T., Worrall, L.E. (2008). An introduction to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for speech-language pathology: Its past, present and future, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2). DOI:10.1080/14417040701772612.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Netques (2015). *NetQues Project Report Speach and Language Therapy Education in Europe United in Diversity*, consultat în data de 22.08.2015, pe http://www.netques.eu/wp-content/uploads/2014/01/Annex-benchmarks-RO.pdf

Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention*, 3rd Edition, St. Louis: Mosby-Year Book.

Piaget, J., Ihelder, B. (1966). *La Psychologie de l'enfant*, Paris: Presses Universitaires de France.

Slama-Cazacu, T. (1980). *Lecturi de psiholingvistică*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Threats, T.T. (2009). Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology, *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2):50-60. DOI:10.1080/14417040701768693.

Van Der Lely, H.K.J. (1996). Grammatical specific language impaired children: Evidence for Modularity, Koster, C; Wijnen, F. (eds.).

Scanned with OKEN Scanner

The Groningen Assembly on Language Acquisition, Groningen, Netherlands: University of Groningen Press, 273-282.

Van Der Lely, H.K.J., Rosen, S., McClelland, A. (1998). Evidence for a grammar-specific deficit in children, *Current Biology*, 8, 1253–1258.

Van Der Lely, H.K.J., Stollwerck, L. (1996). A grammatical specific language impairment in children: An autosomal dominant inheritance, *Brain and Language*, 52, 484–504.

Verza, E. (2000). *Tratat de logopedie*, Bucureşti: Editura Semne.

Washington, K.N. (2007). Using the ICF within speech-language pathology: Application to developmental language impairment, *International Journal of Speech- Language Pathology*, Vol. 9, No. 3, 242-255, doi:10.1080/14417040701261525.

XXX (2004). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)*, OMS Geneva. Organizația Mondială a Sănătății, Bucureşti: MarLink.

XXX (2009). *Dicționarul Explicativ al Limbii Române — DEX*, Academia Română, Institutul de Linvistică „Iorgu Iordan", Bucureşti: Univers Enciclopedic.

http://www.netques.eu/

http://www.cplol.eu/

http://www.asha.org/

http://www.ialp.info/

http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en

http://www.cplol.eu/profession/general-info.html accesat în data de 21.08.2015

Scanned with OKEN Scanner

Limbajul — abordări multidimensionale

1. Limbajul — perspectivă lingvistică

1.1. Limbajul. Semnul lingvistic. Definiții.

Limbajul reprezintă un sistem de semne convențional selectate astfel încât să asigure materializarea funcției de comunicare, de schimb informațional. Problematica limbajului a fost abordată de o serie de discipline, evoluția acestora fiind detaliată în primul capitol, raportat la disciplina şi domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare.

Potrivit perspectivei lingvistice, limba se concretizează la nivelul actelor conversaționale, în absența acestora constituind o abstractizare (Coşeriu, 1999). Humboldt (apud Coşeriu, 1999), întemeietorul lingvisticii moderne (prin lucrarea acestuia publicată în 1836), delimitează două aspecte fundamentale ale limbajului: *enérgeia- crearea continuă de acte individuale (aspectul dinamic)* şi *ergon — produs, sistem realizat istoriceşte (limba).* Având în vedere acest aspect, limbajul poate fi definit prin caracterul său transformațional, dependent de utilizator, dar şi prin caracterul său static, raportat la convențiile care constituie norma lingvistică şi la timp.

DE REȚINUT!

Terapeutul limbajului trebuie să considere acest aspect lingvistic și să îl valorifice organizându-și demersul de intervenție prin raportare la:

Scanned with OKEN Scanner

– o evaluare și un plan de intervenție individualizat;

– necesitatea raportării progreselor înregistrate de persoana aflată în terapie la norma lingvistică.

Doar în acest fel se va asigura o integrare funcțională a persoanei în grupul social de unde provine, iar demersul terapeutic are valențe formative.

În circumscrierea conceptului de limbaj trebuie să ne oprim și asupra conceptului de semn ligvistic. Problematica semnului lingvistic, ca unitate structurală a limbajului, a fost promovată de Ferdinand de Saussure, teoria acestuia privind arbitraritatea semnului lingvistic fiind prezentată în studiul său publicat în 1967 (apud Coşeriu, 1999).

Potrivit acestei teorii, semnul lingvistic este caracterizat printr-o relație între o unitate de expresie (semnificant) și una de conținut (semnificat), relația fiind arbitrară, neintenționată, fiind convențional stabilită și fixată în uzanța vorbitorilor. Unitatea de expresie se referă la învelișul sonor sau grafemic, iar unitatea de conținut se referă la semnificația, sensul acelei unități lingvistice.

De exemplu cuvântul „maşină" are ca unitate de expresie combinația sonoră și grafemică „m+a+ş+i+n+ă", în timp ce unitatea de conținut este cea dată de sensul cuvântului „vehicul motorizat utilizat în transportul de marfă și persoane". Relația dintre unitatea de expresie și cea de conținut este una arbitrară, cu alte cuvinte nimic din ceea ce înseamnă cuvântul „maşină" nu se regăseşte în combinația sunetelor și grafemelor selectate pentru a construi cuvântul. Prin urmare, prin teoria semnului lingvistic este delimitată principala funcție a limbajului, anume aceea de simbolizare și abstractizare. Dacă relația de la nivelul componentelor semnului lingvistic este una neintenționată, atunci utilizarea de semne lingvistice impune un anumit nivel de funcționalitate și stimulare cognitivă.

Scanned with OKEN Scanner

IMPLICAȚII TERAPEUTICE!

Este bine cunoscută relația bidirecționată dintre limbaj și procesarea cognitivă, iar arbitraritatea semnului lingvistic, unitatea definitorie a limbajului, vine să o întărească. Pentru domeniul terapiei tulburărilor de limbaj această relație este cu atât mai valoroasă, cu cât semnele lingvistice se caracterizează prin această arbitraritate cu valoare simbolizatoare, în timp ce semnele din limbajul mimico-gestual sau din comunicarea nonverbală sunt caracterizate prin anularea arbitrarității și caracterul intenționat al relației dintre unitatea de expresie și cea de conținut. Prin această delimitare terapeutul limbajului trebuie să conștientizeze faptul că utilizarea limbajului verbal implică abilități de simbolizare superioare, iar între cele două sisteme de comunicare, cel verbal și cel nonverbal, sunt diferențe marcante. Problematica semnului lingvistic din punct de vedere logopedic a fost abordată de Bodea Hațegan (2012).

1.2. Funcțiile limbajului

Funcțiile limbajului sunt multiple, acestea putând fi rezumate la (Anca, 2001, Munteanu, 2005):

- **funcția comunicațională** (de transmitere şi solicitare de informație, de exprimare a propriilor nevoi, de relaționare cu ceilalți). *Această funcție este cea mai importantă şi oferă consistență întregului demers terapeutic logopedic. Prin urmare, materializarea acestei funcții delimitează stadiul final al demersului terapeutic. Aceasta înseamnă că procesul de terapie a limbajului ar trebui să se încheie doar în momentul în care persoana cu tulburări de limbaj dobândeşte abilități de comunicare funcțională — abilități de transmitere şi solicitare de informație, abilități de semnalizare a propriilor nevoi, abilități de stabilire a unor raporturi sociale corecte cu interlocutorul.*
- **funcția socială.** Această funcție derivă din funcția comunicațională şi permite stabilirea de relații, de legături cu cei aflați în proximitate sau la distanță. Funcția socială conferă valoare

Scanned with OKEN Scanner

demersului terapeutic, fiind o coordonată importantă. *În acest sens putem face referire la categoria diagnostică a tulburărilor din spectrul autist, unde funcția socială a limbajului este substanțial compromisă.*

- **funcția cognitivă.** Așa cum s-a arătat mai sus, limbajul are funcția de stimulare a procesării intelectuale prin caracterul abstract și mai ales prin caracterul simbolic. Având în vedere această funcție, tulburările de limbaj sunt relaționate cu dizabilitatea intelectuală, acestea putând oferi informații valoroase despre funcționarea cognitivă. În terapia limbajului, atunci când apare problema unui deficit de structurare a limbajului, în mod implicit se ridică și problema funcționării cognitive. *De exemplu, dacă un copil de 3 ani, fie de gen feminin, fie de gen masculin, nu are dezvoltat limbajul deloc, cu siguranță, terapeutul limbajului trebuie să elimine prezența dizabilității cognitive atunci când stabilește diagnosticul (examenul psihologic alături de cel medical, neurologic și logopedic se impun cu necesitate, tocmai pentru ca diagnosticul diferențial să se poată realiza cu corectitudine).*
- **funcția reglatorie.** Limbajul permite oferirea de feedback, precum și cea de externalizare a emoțiilor, de reglare și autoreglare. Această dimensiune a limbajului nu poate fi omisă în demersul terapeutic, mai ales că au fost evidențiate o serie de relații de covarianță între tulburările de limbaj și tulburările din plan emoțional. *În acest sens poate fi desprinsă categoria diagnostică a logonevrozelor, precum și cea a tulburărilor de ritm și fluență* (Buică, 2004).

1.3. Laturile limbajului

Pentru a avea o perspectivă completă asupra limbajului și asupra direcțiilor diagnostice și terapeutice, considerăm că abordarea structuralistă a limbajului este cea potrivită (Munteanu,

Scanned with OKEN Scanner

2005, Hațegan, 2009, 2011). Conform acestei abordări, limbajul poate fi analizat componențial, prin prisma laturilor, componentelor sale:

- latura fonetico-fonologică;
- latura morfologică;
- latura lexico-semantică;
- latura sintactică;
- latura pragmatică.

1.3.1. Latura fonetico-fonologică

Componenta fonetico-fonologică a limbajului are drept unitate structurală funcțională fonemul sau sunetul vorbirii. Există două tipuri de foneme: foneme segmentale (vocalele şi consoanele) şi foneme suprasegmentale (accentul şi intonația) — Anca, Hațegan, 2008.

Ambele tipuri de foneme reprezintă obiectul terapiei logopedice. În timp ce fonemele segmentale sunt preponderent afectate în cazul tulburărilor de pronunție, fonemele suprasegmentale pot fi afectate şi în cazul tulburărilor de ritm şi fluență, al tulburărilor de vorbire, precum şi în contextul bilingvismului.

Vocalele

Fonemele vocalice reprezintă ancora în terapia logopedică întrucât aceste sunete sunt în general cel mai puțin afectate de distorsiuni, înlocuiri sau substituiri. În situația în care sunetele vocalice sunt afectate, tulburările de limbaj sunt substanțiale şi reclamă un demers terapeutic intens şi de durată.

Din punct de vedere fonetic vocalele din limba română se caracterizează prin faptul că sunt (Neamțu, 2008):

- sunete articulate exclusiv la nivelul cavității bucale (ceea ce înseamnă că sunt sunete orale);
- sunete rezultate în urma activității laringiene (ceea ce înseamnă că sunt sunete cu voce, sunete sonore).

Scanned with OKEN Scanner

Aceste două proprietățile conferă vocalelor specificitatea de supraclasă. Întrucât în limba română pot fi inventariate şapte sunete vocalice, criteriile clasificatoare, cele de clasă sunt (Anca, 2005, Anca, Hațegan, 2008):

DE REȚINUT!

Este important de menționat faptul că sunetele vocalice prezintă zonă de articulare, iar nu loc de articulare, limba nu blochează trecerea aerului prin cavitatea bucală, ceea ce înseamnă că vocalele sunt sunete alcătuite din tonuri pure, voce, spre deosebire de consoane, care au în componență și zgomote și au loc de articulare (Anca, Hațegan, 2008).

- **criteriul zonei de articulare** (zona de articulare a sunetelor vocalice se delimitează la nivelul cavității bucale datorită poziției limbii).
  Potrivit acestui criteriu, sunetele vocalice se împart în:
  - *vocale anterioare sau palatale* (acestea se articulează în partea frontală a cavității bucale, limba este în poziție ridicată înspre incisivii superiori). Sunetele vocalice anterioare din limba română sunt: „e" şi „i".
  - *vocale centrale sau mediane* (acestea se articulează în zona mediană a cavității bucale, limba se află în poziție neutrală pe planşeul cavității bucale). Sunetele vocalice centrale din limba română sunt: „a", „ă" şi „â/î".
  - *vocale posterioare sau velare* (acestea se articulează în partea posterioară a cavității bucale, rădăcina limbii fiind ridicată). Sunetele posterioare din limba română sunt: „o" şi „u".
- **criteriul gradului de deschidere a cavității bucale sau apertura** (apertura cavității bucale este determinată prin poziția celor două maxilare). Potrivit acestui criteriu, distingem între (Neamțu, 2008):
  - *vocale deschise* (maxilarele sunt îndepărtate). În limba română există o singură vocală deschisă, anume vocala „a".

Scanned with OKEN Scanner

- *vocale semideschise sau semiînchise* (distanța dintre cele două maxilare se reduce). În limba română sunt trei vocale semideschise: „e", „ă" şi „o".
- *vocale închise* (maxilarele se află în poziția cea mai apropiată). Vocalele închise din limba română sunt: „i", „â/î" şi „u". În terapia limbajului, acestea sunt vocalele care ridică cele mai multe dificultăți, statutul de cea mai dificilă vocală revenindu-i vocalei „i".

– **criteriul participării sau neparticipării buzelor în producerea sunetelor vocalice** (conform acestui criteriu, rotunjirea dată de participarea buzelor face diferența dintre cele două subtipuri de sunete vocalice). Astfel, potrivit acestui criteriu, se distinge între (Neamțu, 2008, Anca, Hațegan, 2008):
  - *vocale labiale sau rotunjite* (buzele participă la producerea acestor vocale). Fonemele vocalice labiale din limba română sunt: „o" şi „u".
  - *vocale nelabiale sau nerotunjite* (buzele nu participă în producerea acestor sunete). Fonemele vocalice nelabiale din limba română sunt: „e", „i", „a", „ă", „â/î".

Consoanele

Consoanele sunt unități segmentale mai numeroase decât vocalele. În limba română actuală delimităm 20 de sunete consonantice (Neamțu, 2008). Gradul de complexitate articulatorie al consoanelor este mai crescut decât cel al vocalelor. Tulburările articulatorii ale consoanelor sunt frecvent întâlnite în populația şcolară.

Particularitatea supraclasei consoanelor este cea referitoare la faptul că toate consoanele sunt produse prin apariția zgomotelor la nivelul spectrului sonor (chiar dacă gradul de sonoritate al consonelor este diferit, în sensul că proporția dintre ton pur/voce şi zgomot poate fi diferită de la o subclasă de consoană la alta).

Criteriile de clasă sunt patru la număr, şi anume (Neamțu, 2008, Anca, Hațegan, 2008):

Scanned with OKEN Scanner

– **criteriul sonorității.** Acest criteriu se referă la măsura în care participă sau nu corzile vocale în producerea consoanelor. În funcție de acest criteriu, proporția dintre ton pur/voce și prezența zgomotelor care alcătuiesc sunetele consonantice delimitează între:

- *consoane sonante* (acestea sunt consoanele cele mai sonore). Sonantele sunt produse prin vibrarea corzilor vocale, iar pe traseul vocal unda de aer expirator nu întâlnește obstacole semnificative pentru a se produce foarte multe zgomote. Acest lucru înseamnă că, din punct de vedere acustic, consoanele sonante sunt alcătuite preponderent din voce, tonuri pure, iar zgomotele sunt prezente în proporții reduse. În limba română sunt patru sonante: „l", „m", „n" și „r".
- *consoane sonore* (acestea sunt alcătuite din zgomote și voce, predominant zgomote). Fluxul de aer respirator, provenit din plămâni, ajuns în cavitatea laringiană, lovește corzile vocale și acestea vibrează, oferind voce, sonoritate sunetelor, iar la nivelul cavității bucale aerul lovește pereții în diferite locuri de articulare, ceea ce conduce la apariția zgomotelor în producerea acestor sunete. Consoanele sonore din limba română sunt: „b", „d", „v", „z", „j", „g" , „ğ".
- *consoane surde* (acestea sunt alcătuite doar din zgomote). La producerea consoanelor surde corzile vocale nu vibrează, aerul expirator lovește pereții traseului vocal, ceea ce face ca aceste sunete să fie alcătuite, din punct de vedere acustic, din zgomote. Consoanele surde din limba română sunt: „p", „t", „f", „s", „ş", „c", „č", „h", „ț".

În limba română, consoanele sonore și cele surde sunt abordate în pereche, ceea ce înseamnă că sunetele pereche sunt identice din toate punctele de vedere, mai puțin din punctul de vedere al sonorității. Excepție de la această grupare în perechi sunt doar două consoane surde „ț" și „h". Sunetele consonantice pereche sunt: „b: p"; „d: t"; „v: f"; „z: s"; „j: ş"; „g: c"; „ğ: č" (Anca, Hațegan, 2008). Dacă un

Scanned with OKEN Scanner

sunet din pereche este afectat, de cele mai multe ori şi celălalt sunet este afectat, ceea ce înseamnă că demersul terapeutic este organizat tot pe baza abordării grupate a celor două sunete.

– ***criteriul participării sau neparticipării cavității nazale în producerea consoanelor.*** Conform acestui criteriu, sunetele consonantice din limba română se împart în două categorii (Neamțu, 2008, Anca, Hațegan, 2008):
  - *consoane nazale.* În producerea acestor sunete, aerul expirator trece şi prin cavitatea nazală, vălul palatin fiind în poziție coborâtă şi neblocând orificiul buco-nazal. Sunetele nazale din limba română sunt: „m" şi „n". Este important de specificat faptul că, deşi aerul trece şi prin cavitatea nazală, sunetele nazale se articulează tot la nivel de cavitate bucală.
  - *consoane orale (nonnazale).* Toate celelalte consoane din limba română, cu excepția lui „m" şi „n", sunt sunete orale, aerul expirator parcurgând doar cavitatea bucală. Sunetele consonantice orale sunt: „b: p"; „d: t"; „v: f"; „z: s"; „j: ş"; „g: c"; „ğ: č"; „l"; „r"; „h"; „ț".

– **criteriul modului de producere.** Acest criteriu delimitează mecanismul articulator, adică modul în care aerul expirator expulzat din plămâni, prin parcurgerea traseului fonoarticulator, ajunge să dea naştere sunetelor. Conform acestui criteriu, în limba română se distinge între (Neamțu, 2008, Anca, Hațegan, 2008):
  - *consoane explozive sau ocluzive.* În producerea consoanelor ocluzive, aerul expirator întâlneşte un obstacol în cale, de care se loveşte. În momentul în care obstacolul se îndepărtează, aerul iese din cavitatea bucală sub forma unei explozii (brusc, deodată). Aceste sunete sunt sunete discontinue, ceea ce înseamnă că în producerea lor pot fi delimitați trei timpi distincți de articulare: (1) momentul imploziei (canalul expirator se închide, iar aerul este presat de obstacolul

Scanned with OKEN Scanner

întâlnit); (2) momentul de tensiune (acest moment se referă la implicarea aparatului fonoarticulator în vederea producerii sunetului, este un moment scurt); (3) momentul exploziei (odată cu deschiderea cavității bucale aerul expirat se elimină brusc, ducând la producerea sunetului). Consoanele explozive din limba română sunt: „b: p"; „d: t"; „g: c", „m: n" (Rosetti, Lăzăroiu, 1982).

- *consoane fricative sau constrictive.* Acestea sunt sunete continue, ceea ce înseamnă că nu există timpi articulatori care segmentează producerea sunetelor. Aerul expirat, expulzat din plămâni, se loveşte, se tasează de pereții îngustați ai aparatului fonoarticulator, conducând la apariția unor sunete fricative sau constrictive care pot fi prelungite la fel ca vocalele. Aceste sunete sunt: „v: f"; „z: s"; „j: ş", „h".
- *consoane africate sau semiocluzive.* Acestea sunt sunete mixte, de fapt ele se produc prin combinarea a două sunete, un sunet exploziv şi un sunet fricativ. Consoanele africate din limba română sunt: „ğ" (d+j); „č" (c +ş) şi „ț" (t+s) —Rosetti, Lăzăroiu, 1982. Neamțu (2008) subliniază faptul că semiocluzivele nu sunt doar simple combinații de două sunete, ele sunt sunete distincte, noi, rezultate în urma combinării celor două sunete constitutive.
- *consoane lichide.* Aerul expirator, după ce loveşte corzile vocale, se scurge din cavitatea bucală, blocajul fiind doar parțial. Scurgerea aerului expirator din cavitatea bucală se poate face în acelaşi timp pe cele două părți laterale ale limbii, ceea ce conduce la producerea sunetului „l", un *sunet lichid lateral.* Dacă aerul expirat, după ce loveşte corzile vocale, se scurge din cavitatea bucală odată cu lipirile şi dezlipirile succesive ale vârfului limbii de partea anterioară a palatului dur, ceea ce duce la naşterea unei vibrații la nivelul vârfului limbii, conduce la producerea sunetului „r", singurul sunet consonantic vibrant din limba română.

Scanned with OKEN Scanner

– **criteriul locului de articulare** (acest criteriu delimitează între subtipuri de consoane, în funcție de locul din cavitatea bucală unde se produce fie ocluzia, fie fricțiunea, fie scurgerea aerului din cavitatea bucală; locul unde se produce efectiv sunetul). Având în vedere acest criteriu clasificator al consoanelor, Neamțu (2008) subliniază complexitatea acestei abordări făcând apel la faptul că prin acest criteriu se asociază organele activ participante în producerea sunetelor (limba, maxilarele, buzele, vălul palatin) cu organele pasiv implicate în producerea sunetelor (dinții, palatul dur). Conform acestui criteriu se disting următoarele categorii de consoane (Anca, Hațegan, 2008):

- *consoane bilabiale* (locul de articulare este la nivelul ambelor buze, buza superioară şi buza inferioară). În această categorie includem următoarele consoane: „b", „p", „m".
- *consoane labiodentale* (aceste consoane se articulează prin plasarea dinților superiori peste buza inferioară). În această categorie includem doar două consoane „v" şi „f".
- *consoane apicodentale* (acestea mai sunt denumite şi anteropalatale, prepalatale, alveopalatale, alveoapicale). În articularea acestor consoane, limba (vârful limbii — apexul) atinge partea anterioară a palatului dur, zona alveolară din spatele incisivilor superiori. Consoanele apicodentale sunt: „d", „t", „ț", „s", „z", „ş", „j"„r", „l", „n". Pentru articularea consoanelor „ş" şi „j" limba este mai retractată spre zona mediopalatală.
- *consoane palatale* (aceste sunete se articulează prin plasarea limbii la nivel mediopalatal). În limba română distingem două sunete palatale: „ğ" şi „č".
- *consoane velare* (locul de articulare al acestor sunete este zona vălului palatin; sunetele se articulează prin crearea unei ocluzii între rădăcina limbii şi vălul palatin). Sunetele velare din limba română sunt: „c" şi „g".

Scanned with OKEN Scanner

- *consoane laringale* (locul de articulare este laringal). În limba română există o singură consoană laringală, „h".

Pentru a sublinia importanța datelor de natură fonetică în plan fonologic, din punct de vedere practic-logopedic, propunem în anexele I, II şi III selecția unui material lingvistic util în demersul de terapie a tulburărilor de limbaj şi comunicare. Selectarea acestui material lingvistic valorifică şi datele cu privire la procesul de coarticulare, din perspectivă logopedică tratat, date relevate de Anca şi Hațegan (2008).

Accentul

Accentul este unitatea fonetică suprasegmentală. În limba română accentul este în general fix. Cel mai frecvent, accentul cade în limba română pe antepenultima silabă (Tătaru, 1997; Anca, Hațegan, 2008). În timpul actului comunicațional se poate utiliza accentul cu valoare emfatică, ceea ce înseamnă că în limba română, pentru a materializa funcția conotativă a limbajului, putem apela la mobilitatea accentului (Tătaru, 1997; Munteanu, 2005). În acest fel subliniem valoarea pragmatic-comunicațională a accentului.

În demersul terapeutic logopedic focalizarea asupra accentului trebuie să fie o țintă explicită. Dacă până nu demult terapia clasică a limbajului se oprea mai mult asupra unităților segmentale, accentul, dar şi intonația trebuie să fie abordate cu consecvență, întrucât utilizarea lor deficitară poate să influențeze negativ nivelul inteligibilității vorbirii.

Este important de reținut faptul că în timpul flexiunii nominale (la clasa substantivelor), dar mai ales în timpul flexiunii verbale (la clasa verbelor) accentul se mută de pe rădăcina cuvântului pe sufix, ceea ce face dificilă utilizarea acestor unități lingvistice cu conținut gramatical. Prin urmare, accentul este în acelaşi timp o unitate fonetică şi o unitate cu valoare morfologică, ceea ce înseamnă că accentului trebuie să i se acorde o importanță deosebită în spațiul terapiei tulburărilor

Scanned with OKEN Scanner

de limbaj şi comunicare (Tătaru, 1997). Pentru a sublinia valoarea morfologică a accentului putem aduce în prim-plan problematica clasei omografelor (cuvintelor care au aceeaşi scriere, dar tranşe sonore diferite, în funcție de structura accentuală, cu conținuturi semantice diferite, de exemplu mása (substantiv) — masá (verb)). Prin urmare, implicațiile accentului asupra structurării semantice sunt evidente, conținutul semantic este dependent de structura accentuală a cuvintelor. Despre problematica omografelor şi terapia limbajului, Hațegan (2009), în studiile cuprinse la nivelul tezei de doctorat, arată valoarea diagnostică şi terapeutică a abordării şi a acestei dimensiuni lingvistice în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare.

Importanța abordării terapeutice a accentului este una crescândă, având în vedere faptul că numărul vorbitorilor bilingvi şi multilingvi, precum şi fenomenul emigraționist ating o amploare semnificativă.

Intonația

Intonația este o unitate fonetică suprasegmentală care caracterizează nu doar silaba, aşa cum caracterizează accentul, ci caracterizează propoziția. Din acest punct de vedere, considerăm că redenumirea în DSM-5 a categoriei tulburărilor fonologice prin sintagma *tulburări ale sunetelor vorbirii* este una mult mai cuprinzătoare şi pertinentă pentru a include şi tulburările referitoare la intonație şi accent.

La fel ca accentul, intonația are mai degrabă valențe comunicațional-pragmatice, aceasta permițând realizarea funcției conotative a limbajului, nu doar a celei denotative. Prin urmare, enunțul: „Ce frumos te ştii comporta!", exprimat cu o curbă intonațională descendentă, într-un context în care este evident că persoana apelată este apostrofată, exprimă sancțiunea vorbitorului la adresa interlocutorului. Prin urmare, enunțul semnifică o idee total diferită de cele denumite în mod efectiv, la nivel literal (de aici funcția conotativă a limbajului).

Scanned with OKEN Scanner

Principalele contururi intonaționale întâlnite în limba română sunt (Tătaru, 1997, Anca, Hațegan, 2008):

- conturul intonațional ascendent (tonul este unul crescător). Acest contur intonațional este corespunzător enunțurilor interogative.
- conturul intonațional descendent (tonul este descrescător). Acest contur intonațional este corespunzător enunțurilor exclamative.
- conturul intonațional neutral (tonul este nefluctuant, monoton, constant). Acest contur este corespunzător enunțurilor afirmative.
- conturul intonațional mixt (acesta este cel mai frecvent întâlnit la nivelul actelor conversaționale cotidiene, când vorbitorul, pentru a se face înțeles, pentru a găsi cea mai potrivită modalitate de a-şi exprima intențiile comunicaționale, recurge la combinarea contururilor intonaționale mai sus prezentate la nivelul unor structuri lingvistice complexe).

Direcțiile de utilizare a accentului şi a intonației în sfera logopedică sunt delimitate la nivelul următoarelor trimiteri bibliografice: Anca, Hațegan (2006); Anca, Hațegan (2008); Hațegan (2009); Hațegan (2011); Bodea Hațegan (2013).

1.3.2. Latura morfologică

Unitatea structurală şi funcțională a laturii morfologice a limbajului este morfemul. Acesta este o unitate lingvistică biplană, caracterizată prin unitate de expresie (morfemul este constituit din foneme) şi unitate de conținut (morfemul este purtător de semnificație cu valoare morfologică, dar şi cu valoare lexicală).

În contextul în care se delimitează categoria diagnostică a persoanelor cu tulburări de limbaj cu fenotip morfologic, este evident că abordarea componentei morfologice a limbajului este extrem de importantă în demersul terapeutic al limbajului (Van der Lely, 1996, Paul, 2007).

Scanned with OKEN Scanner

Complexitatea structurării morfologice în limba română este bine cunoscută, iar direcțiile diagnostice şi terapeutice pot să se focalizeze pe următoarele două direcții:

- receptarea categoriilor morfologice (în acest sens, prin intermediul demersului de cercetare finalizat în anul 2009 şi cuprins la nivelul tezei de doctorat a fost elaborat un instrument de evaluare a abilităților de receptare a categoriilor morfologice din limba română, instrument adaptat particularităților limbii române, care a fost în întregime publicat în anul 2014 sub formă de e-book, Bodea Hațegan, 2014).
- producerea/utilizarea structurilor cu conținut morfologic (pentru evaluarea acestei abilități se pot utiliza fie probele psihopedagogice informale, fie procedura de calculare a Lungimii Medii a Enunțului — MLU). MLU este utilizată pe scară largă în domeniul logopedic internațional încă din anul 1973 (Brown, 1973 apud Paul, 2007). În țara noastră, Popovici (1994) îi surprinde utilitatea, pentru ca în 2010 să fie condus un studiu-pilot care să evidențieze valoarea şi importanța acestei modalități de colectare de date despre abilitatea de utilizare a structurilor morfologice (Hațegan, 2010).

Categoriile morfologice pe care le putem investiga cu valoare diagnostică pentru domeniul tulburărilor de limbaj şi comunicare şi care sunt specifice structurii interne a limbii române sunt (Guțu-Romalo, 1974; Hațegan, 2009):

- substantiv (numărul, genul, articolul);
- adjectiv (genul, numărul, gradele de comparație);
- verb (diateză, timp, mod);
- adverb/locuțiuni adverbiale şi grade de comparație la adverb;
- pronume (persoana, numărul, genul);
- numeral (cardinal şi ordinal);
- prepoziții (simple şi compuse);
- conjuncții (coordonatoare şi subordonatoare);

Scanned with OKEN Scanner

– morfemele derivative (prefixele);
– accentul cu valoare morfologică (omografe).

În ceea ce priveşte abordarea componentei morfologice a limbajului în terapia logopedică, în spaţiul ţării noastre sunt relativ puţine surse bibliografice care să dezbată amplu această problematică, însă foarte multe trimiteri bibliografice sunt internaţionale, acestea mergând în direcţia utilizării informaţiilor de la evaluarea structurării abilităţilor morfologice de foarte timpuriu cu valoare de screening, atât pentru tulburările de limbaj verbal-oral, cât şi mai ales pentru tulburările de limbaj scris–citit. Menţionăm în acest sens câteva trimiteri bibliografice: Carlisle (2004), Elbro, Arnbak (1996), Feldman (1991). Considerăm că această direcţie este una extrem de valoroasă şi importantă şi ea trebuie exploatată cât mai susţinut şi la noi în ţară, mai ales că probele standardizate utilizate pentru diagnosticarea dificultăţilor specifice de învăţare din ţara noastră sunt puţine la număr.

1.3.3. Latura lexico-semantică

Unitatea structurală şi funcţională a laturii lexico-semantice a limbajului este lexemul sau cuvântul. Acesta se caracterizează atât prin unitate de expresie (este alcătuit din foneme şi morfeme), cât şi prin unitate de conţinut (este purtător de semnificaţii lexicale) — Coteanu, Forăscu, Bidu-Vrânceanu, 1985.

Abordarea laturii semantice în sfera logopedică se realizează cu preponderenţă prin evidenţierea particularităţilor structurării vocabularului persoanelor cu tulburări de limbaj şi comunicare. Dacă până la vârsta de 3 ani numărul unităţilor lingvistice distincte utilizate de copil nu este imposibil de stabilit printr-o simplă numărare (la 3 ani vocabularul copilului nu depăşeşte 500 de unităţi, Haţegan, 2011), după această vârstă volumul vocabularului creşte exponenţial, ceea ce face imposibilă identificarea prin numărare a unităţilor lingvistice receptate şi utilizate. Prin urmare, sunt necesare probe psihopedagogice menite să permită abordarea vocabularului şi a abilităţilor lexico-semantice pe cele două direcţii:

Scanned with OKEN Scanner

- la nivel receptiv (aceste probe trebuie să răspundă la întrebarea: „Cât de multe cuvinte şi cât de corect înțelege copilul/persoana conținuturile semantice ale unităților lingvistice utilizate?");
- la nivel expresiv (aceste probe trebuie să răspundă la întrebarea „Cât de multe cuvinte şi cât de corect utilizează copilul/persoana cuvintele?").

În mod evident, structurarea abilităților lexico-semantice este dependentă de structurarea abilităților fonetice şi morfologice şi se află în strânsă legătură cu structurarea abilităților sintactice şi de comunicare funcțională. De fapt, cuvântul se poate constitui într-un liant între nivelul fonologic al limbajului şi nivelul propozițional, iar trecerea de la cuvânt la propoziție reprezintă pasul pe care terapia logopedică este obligată să îl faciliteze pentru a fi realizat cât mai de timpuriu (raportându-ne la acest aspect din perspectiva psihologiei dezvoltării, trecerea de la stadiul cuvântului la stadiul de două cuvinte-sintagmă se realizează în condițiile validității încă de la 18–21 de luni — Anca, Hațegan, 2012). În acest sens, Vrăşmaş şi Stănică (1997) subliniază faptul că dezvoltarea vocabularului se realizează, practic, concomitent cu achiziționarea propozițiilor simple.

Abordarea vocabularului din punctul de vedere al terapiei limbajului se poate realiza prin:

- delimitarea conținuturilor semantice (copilul/persoana cu tulburări de limbaj este implicat(ă) în sarcini de definire a unităților lexicale);
- generarea de unități lexicale în raport cu anumite criterii (fonetice, semantice);
- enumerarea cu fluență a unităților lexicale care formează familii lexicale sau câmpuri lexicale;
- generare de sinonime şi/sau antonime;
- diferențierea între perechile de paronime;
- diferențierea înțelesurilor cuvintelor omonime;
- construire de noi cuvinte prin derivare cu prefixe şi sufixe;

Scanned with OKEN Scanner

– completarea spațiilor lacunare cu unitățile lingvistice adecvate contextului.

1.3.4. Latura sintactică

Sintagma este unitatea sintactică mai mică decât propoziția, care delimitează o relație gramaticală între doi termeni (Neamțu, 2009). Prin urmare, putem spune că unitatea structurală şi funcțională a laturii sintactice a limbajului este reprezentată de sintagmă, chiar dacă propoziția este unitatea de bază, unitatea centrală a laturii sintactice a limbajului. De fapt, în terapia logopedică legătura dintre cuvânt şi propoziție este intermediată prin construirea sintagmei. Astfel că imediat după ce în terapie copilul/persoana cu tulburări de limbaj denumeşte un anumit cuvânt, terapeutul poate asocia acel cuvânt cu un alt cuvânt dintr-un câmp lexical compatibil, în aşa fel încă să asigure apoi trecerea spre nivelul propozițional propriu-zis.

APLICAȚII TERAPEUTICE!

În exemplul de mai jos se ilustrează modul în care terapeutul limbajului intermediază relația cuvânt-sintagmă-propoziție. Astfel, în cazul în care copilul/persoana ajunge să denumească cuvântul „mașină", terapeutul poate facilita și indicarea culorii mașinii denumite, ceea ce rezultă în construirea sintagmei „mașina roșie", apoi această sintagmă poate fi încorporată la nivelul unei structuri propoziționale: „Mașina roșie merge".

În terapia logopedică, formarea sintagmei este recomandată ca etapă de sine stătătoare, care facilitează utilizarea grupului nominal (substantiv-adjectiv), în perioada în care grupul verbal nu este încă achiziționat (este cunoscut faptul că structurile verbale se achiziționează mai târziu decât structurile nominale, ontogenetic vorbind, exclusă fiind situația tulburărilor de limbaj — Anca, Hațegan, 2012).

Această utilizare a sintagmei drept element intermediar între cuvânt şi propoziție este încurajată încă din 1961 de Slama-Cazacu,

Scanned with OKEN Scanner

care propune metoda asociativ-verbală, metodă care permite asocierea câmpurilor lexicale în raport cu anumite persoane şi contexte.

Evaluarea şi antrenarea componentei sintactice a limbajului se realizează la nivelul:

- receptiv al limbajului (prin sarcini care probează înțelegerea structurilor prezentate. De exemplu, copilului i se cere să realizeze anumite acțiuni: „Deschide geamul!"; „Închide uşa!" — realizarea acestora demonstrând receptarea şi înțelegerea mesajului transmis).
- expresiv al limbajului (prin sarcini care evidențiază abilitățile de alăturare cu sens, în acord cu normele morfo-lexicale, a diferitelor unități lingvistice. De exemplu, o posibilă sarcină este aceea de a construi propoziții pornind de la o anumită imagine sau de la un cuvânt dat..

1.3.5. Latura pragmatică

Componenta pragmatică a limbajului se referă la abilitatea de utilizare funcțională a limbajului. Cu alte cuvinte, chiar dacă pronunția, utilizarea lexicală şi a categoriilor morfo-sintactice sunt corecte, dacă abilitatea de a produce structuri lingvistice adecvate celor trei parametri esențiali ai actului comunicațional: timp, loc, persoană, nu este una funcțională, înseamnă că procesul de terapie a limbajului nu poate fi încheiat. Finalitatea ultimă a întreg demersului de terapie a limbajului nu poate fi alta decât dobândirea abilității de comunicare funcțională în raport cu cei trei parametri: loc, timp şi persoană.

Dragoş (2000) defineşte pragmatica drept ştiința care se ocupă de studiul relației dintre structurile lingvistice emise şi contextul comunicării (parametrii comunicării — timp, loc, persoană — delimitează, în fapt, contextul comunicării). Prin urmare, pragmatica se ocupă de dimensiunea funcțională, practică a faptelor de limbă, care asigură materializarea funcției de bază a limbajului, şi anume: *intercomunicarea*.

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere teoriile lingvistice, dar mai ales locul componentei pragmatice a limbajului în raport cu principalele teorii lingvistice şi având în vedere specificul activităţii terapeutului limbajului, se poate conchide faptul că prin intermediul componentei funcţionale a limbajului fiecare vorbitor este, în fapt, un creator de limbă, un creator care are propriile elemente definitorii şi care poate fi cu uşurinţă recunoscut, după această „amprentă" de comunicare (Bodea Haţegan, 2012). Prin urmare, demersul terapeutic al limbajului nu trebuie să omită alocarea unei atenţii deosebite componentei pragmatice, funcţionale a limbajului, având în vedere că această componentă, cu gradul cel mai înalt de complexitate (componenta pragmatică a limbajului înglobează toate celelalte componente discutate anterior — fonetică, morfologică, semantică şi sintactică), oferă individualitate vorbitorului prin faptul că îi permite să se raporteze la ceilalţi covorbitori exprimându-se pe sine.

Aspectele pragmatice cele mai importante pentru terapeutul limbajului sunt cele referitoare la:

- iniţierea, menţinerea şi încheierea unei conversaţii;
- salutarea corespunzătoare a interlocutorului;
- utilizarea formulelor de adresare corectă în raport cu statutul vorbitorului;
- formularea corectă a solicitării;
- formularea corectă a mulţumirii;
- utilizarea corectă a formulelor de politeţe;
- asumarea rolurilor de vorbitor şi ascultător în actul conversaţional;
- aşteptarea rândului în actul conversaţional etc.

În terapia limbajului, jocul de rol este modalitatea optimă prin care se asigură valorificarea contextului comunicării şi adecvarea actului comunicaţional în raport cu acestea. De asemenea, poveştile sociale (Gray, Garand, 1993), precum şi povestirile pot fi bune modalităţi de asigurare a impregnării caracterului funcţional comunicării,

Scanned with OKEN Scanner

mai ales atunci când terapia limbajului se adresează unei categorii diagnostice cum este cea a tulburărilor din spectrul autist.

Poveştile sociale sunt scurte istorisiri în care sunt oferite câteva repere sociale, pragmatice clare, referitoare la unde şi când are loc acțiunea, cine sunt protagoniştii, de ce are loc acea acțiune, cum se derulează evenimentele şi de ce lucrurile se întâmplă într-un anumit fel, dar mai ales care sunt sentimentele şi gândurile celor care iau parte la întregul eveniment (Okada, Ohtake, Yanagihara, 2010). Construirea şi utilizarea în demersul terapeutic a acestor poveşti sociale pot asigura o mai eficientă fixare a reperelor care conferă funcționalitate contextuală limbajului, dar contribuie şi la reducerea comportamentelor dezadaptative. Prin urmare, putem conchide subliniind că finalitatea ultimă a terapiei logopedice este funcționalitatea comunicării, în vederea conturării unui comportament social dezirabil.

2. Aspecte ale neurofiziologiei aparatului fonoarticulator și ale analizatorului verbo-auditiv[1]

Vorbirea este asigurată de două componente: componenta care permite producerea actului lingvistic oral, componentă pe care o vom denumi aparat fonoarticulator, şi componenta care asigură receptarea actului lingvistic oral, componentă pe care o vom denumi analizator verbo-auditiv. Cele două componente îndeplinesc funcții complementare, în vederea asigurării actului comunicațional, acestea având la rândul lor o serie de subcomponente. În continuare se va realiza o prezentare a celor două componente care asigură, susțin şi facilitează vorbirea.

[1] Subpunctul 2 din acest capitol: „Aspecte ale neurofiziologiei aparatului fonoarticulator și analizatorului verbo-auditiv" a fost publicat pentru prima dată în volumul **Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție**, volum apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat.

Scanned with OKEN Scanner

2.1. Aparatul fonoarticulator

Aparatul fonoarticulator poate fi delimitat în: cavități sublaringale şi cavități supralaringale (Anca, 2005).

Componentele cavității sublaringale sunt: traheea, bronhiile, plămânii, diafragma, musculatura intercostală, musculatura toracică. Componentele cavității supralaringale sunt: faringele, cavitatea bucală, cavitatea nazală.

2.1.1. Mecanismul de producere a vocii

Musculatura diafragmei şi musculatura intercostală se contractă, ceea ce conduce la eliminarea aerului din plămâni (debutează procesul de expir). Plămânii se constituie în componenta generatoare a întregului act fonator şi articulator (Mureşan, Chirilă, 2010). În momentul în care aceste grupe musculare se relaxează, are loc procesul de inspir, plămânii umplându-se cu aer (Guțu, 1974).

Fluxul de aer parcurge traiectul vocal (bronhii, trahee), ajungând în cavitatea laringiană. Atunci când are loc exclusiv procesul de expirație, actul nonverbal, aerul trece prin cavitatea laringiană fără să fie influențat de componentele organice de la nivelul acestei cavități, corzile vocale aflându-se în poziție îndepărtată. În momentul în care se emite vocea, corzile vocale sunt apropiate, aerul expulzat din plămâni le loveşte (ele sunt apropiate), acestea încep să vibreze, ceea ce conduce la apariția vocii.

2.1.2. Cavitatea bucală

Cavitatea bucală are un rol decisiv în producerea vocii şi articularea sunetelor. Aceasta, prin intermediul componentelor sale: limbă, buze, obraji, dinți şi palat, are funcție articulatorie (Mureşan, Chirilă, 2010).

Forma şi mărimea cavității bucale datorită: conformației naturale, poziționării limbii, mandibulei, vălului palatin, buzelor,

Scanned with OKEN Scanner

gradului de îndepărtare a maxilarelor, conformației dinților, influențează aerul expirat şi modelează sunetul articulat (Sloane, 2009).

La nivelul cavității bucale pot fi delimitate două categorii de organe implicate în actul vorbirii: organe active (limba, buzele, vălul palatin, maxilarul inferior, uvula) şi organe pasive (palatul dur, maxilarul superior, dinții, rebordul alveolar) — Anca, 2005.

Vorbirea inteligibilă (articularea clară a sunetelor limbii) se produce în condițiile în care maxilarele sunt relaxate şi gradul de deschidere a cavității bucale este unul crescut (Sloane, 2009).

Intensitatea crescută a vocii este asigurată prin:

- creşterea volumului de aer expirator, expulzat din plămâni;
- intensificarea presiunii subglotice.

O principală cauză identificată de Sloane (2009) pentru bolile profesionale de voce (manifestată sub formă de răguşeală, disfonie), preponderent prezente în cazul cadrelor didactice, este aceea că, în actul vorbirii, aceştia au tendința intensificării vocii prin creşterea presiunii la nivelul corzilor vocale, fără a utiliza drept suport creşterea volumului de aer expirator, expulzat din plămâni.

Înălțimea vocii este dependentă de (Sloane, 2009):

- intensitatea cu care vibrează corzile vocale;
- rata vibrațiilor corzilor vocale;
- presiunea aerului de la nivelul corzilor vocale;
- lungimea corzilor vocale (cu cât corzile vocale sunt mai lungi, cu atât scade rata vibrațiilor de la nivelul acestora, înălțimea sunetului fiind mai scăzută);
- masa mucoasă secretată la nivelul laringelui (cu cât cantitatea de mucus este mai mare, cu atât înălțimea vocii este mai redusă, deoarece scade rata vibrațiilor).

Intonația rezultă din variațiile de înălțime ale vocii. Pentru ca intonația să fie una ascendentă, corzile vocale se apropie foarte tare, tensiunea de la nivelul acestora crescând. Pentru ca înălțimea vocii să fie descendentă, presiunea de la nivelul corzilor vocale este redusă.

Scanned with OKEN Scanner

2.1.3. Cavitatea nazală

Are rol în producerea sunetelor nazale, are funcție rezonatorie (Mureşan, Chirilă, 2010). În limba română pot fi delimitate doar două sunete nazale, „m" şi „n". În articularea acestora, unda de aer expulzat din plămâni trece şi prin cavitatea nazală, orificiul buco-nazal este deschis, vălul palatin este coborât. Sunetele orale din limba română (toate celelalte sunete din limba română, în afara sunetelor „m" şi „n") sunt rezultatul trecerii aerului expirator doar prin cavitatea bucală, orificiul buco-nazal este acoperit, vălul palatin aflându-se în poziție ridicată, ceea ce blochează scurgerea aerului prin cavitatea nazală. În acest fel sunetele nu sunt marcate de rezonanța nazală (Anca, 2005).

2.1.4. Faringele

Faringele este un tub rezonator care împreună cu cavitatea bucală asigură calitatea vocii. Forma şi dimensiunile acestei cavități, precum şi alinierea (alinierea presupune deschiderea concomitentă a acestora în vederea permiterii expulziei de aer prin partea anterioară a cavității bucale şi nazale) cavităților care sunt implicate în actul vorbirii, cu cele de la nivelul capului, influențează în mod decisiv timbrul vocii (Anca, 2005).

Faringele are trei porțiuni, orofaringele, nazofaringele şi hipofaringele (Mureşan, Chirilă, 2010). La nivelul faringelui se deschid alte cinci cavități, ceea ce transformă acest tub într-un element de extremă importanță atât în vorbire, cât şi în cadrul altor procese. Cavitățile care se deschid în faringe sunt: cavitatea bucală, cavitatea nazală, cavitatea medie a urechii, cavitatea laringiană, cavitatea esofagiană (Popovici et al., 2000).

2.1.5. Laringele

Este organul cel mai important în actul fonației, acesta are funcție vibratorie. Acesta adăposteşte cele două corzi vocale principale şi cele

Scanned with OKEN Scanner

două corzi vocale secundare (Anca, 2005, Mureşan, Chirilă, 2010). Lungimea corzilor vocale este diferită în funcție de gen, la bărbați acestea au o lungime medie de aproximativ 22–24 de centimetri, în timp ce la femei acestea au o lungime medie de aproximativ 18–19 de centimetri. Această diferență de lungime contribuie la emiterea vocii pe frecvențe diferite la femei față de bărbați (Mureşan, 2010).

Laringele este situat în regiunea cervicală anterioară, are forma unei piramide triunghiulare. Este alcătuit din patru unități anatomice: mucoasa, scheletul, musculatura intrinsecă şi musculatura extrinsecă (Mureşan, Chirilă, 2010).

Scheletul laringelui este constituit din cele trei cartilaje: cricoid (acesta este situat la baza laringelui, fiind legat de trahee), tiroid (tiroidul prezintă o proeminență la bărbați, denumită „mărul lui Adam") şi aritenoid (acesta are o formă triunghiulară) — Anca, 2005. Aceste cartilaje sunt fixate prin intermediul musculaturii extrinseci a laringelui (Mureşan, Chirilă, 2010).

Corzile vocale sunt poziționate transversal în laringe, acestea extinzându-se între cartilajul tiroid şi cel aritenoid. Glota este spațiul delimitat între cele două corzi vocale. Acest spațiu este extins în condițiile în care corzile vocale sunt îndepărtate, în poziție de repaus (în abducție). Spațiul se restrânge atunci când corzile vocale se apropie, atunci când acestea se află în poziție de adducție (Mureşan, Chirilă, 2010). Vocea se produce prin tensionarea corzilor vocale sub presiunea aerului adus din plămâni, apropierea acestora, atingerea acestora, vibrarea lor şi expulzia aerului din cavitatea glotică în perioade. Vibrarea de la nivelul corzilor vocale este imprimată şi cartilajului tiroid, ceea ce face posibilă percepția tactil-kinestezică a participării corzilor vocale în actul articulator (Anca, 2005).

Corzile vocale au o structură complexă, de tipul foițelor de ceapă. Această structură constă în cinci straturi. Straturile sunt (Hiroano, 1977 apud Mureşan, Chirilă, 2010):

– epiteliu scuamos (acoperă corzile vocale şi formează aria de contact a corzilor vocale. Epiteliul scuamos este fixat de o

Scanned with OKEN Scanner

membrană bazală cu rol extrem de important în fonație, care face posibilă adeziunea epiteliului la *lamina propria* a corzilor vocale. La acest nivel se infiltrează nodulii vocali);
- stratul superficial al *laminei propria* mai este denumit şi spațiul Reinke. (Acest strat este de natură fibroasă. Afectarea acestui spațiu se constituie într-o patologie denumită edemul Reinke, patologie de tipul degenerescenței polipoidale cauzate de consumul mare de tutun. Tulburarea se manifestă prin acumularea de lichid, secreții la nivelul corzilor vocale, care împiedică vibrarea corespunzătoare a corzilor vocale şi care presupune o tensiune subglotică mai crescută pentru a putea produce voce. Din punctul de vedere al înălțimii, vocea în contextul patologiei edemului Reinke este foarte gravă, răguşită, joasă şi se produce cu efort. Direcțiile de intervenție sunt multiple în raport cu particularitățile cazului. De obicei se intervine chirurgical pentru îndepărtarea mucoasei în exces şi apoi se derulează activități de terapie vocală) — Gallena, 2007.
- stratul intermediar al *laminei propria* (acesta conține fibroblaşti şi fibre elastice);
- stratul profund al *laminei propria* (conține mulți fibroblaşti şi colagen). Ultimele două straturi formează ligamentul vocal şi sunt specifice adultului, apar doar după vârsta de 16 ani;
- muşchiul vocal (acesta formează corpul corzilor vocale şi este alcătuit din musculatura laringiană intrinsecă).

Detalierea structurii corzilor vocale facilitează înțelegerea patologiilor specifice, precum şi faptul că vocea reprezintă un proces complex, dependent, în realitate, de o mulțime de factori fiziologici şi chimici.

Glota prezintă o formațiune numită epiglotă, ca un căpăcel, care împreună cu corzile vocale false sau secundare împiedică pătrunderea bolului alimentar în laringe.

Laringele execută mişcări de ridicare şi coborâre în actul fonației, respirației, articulării, deglutiției sau în timpul diferitelor activități motorii.

Scanned with OKEN Scanner

2.2. Analizatorul verbo-auditiv

Analizatorul verbo-auditiv este compus din: ureche, căile nervoase aferente şi eferente şi aria auditivă primară, precum şi ariile de asociaţie.

Urechea reprezintă segmentul periferic al analizatorului auditiv. Aceasta are trei compartimente: urechea externă, urechea medie şi urechea internă.

2.2.1. Urechea externă

Urechea externă cuprinde: pavilionul urechii, conductul auditiv extern, conductul auditiv intern şi membrana timpanică. Pavilionul urechii este constituit dintr-un ţesut cartilaginos acoperit cu tegument, având mai multe pliuri, care facilitează asumarea de către pavilion a rolului principal al acestuia, acela de captare şi canalizare a sunetului. Cele mai importante sunt helix şi tragus (Panduru, 2011). În condiţiile în care se preia un mulaj în vederea confecţionării unei olive, cu valoare importantă în actul protezării, acordăm o atenţie deosebită celor două pliuri ale pavilionului urechii. Membrana timpanică are aspectul unei foiţe transparente, cu o culoare uşor rozacee, datorită vaselor de sânge care o irigă, este subţire şi asimetrică.

Urechea externă are rol în captarea sunetului şi transmiterea sunetului spre membrana timpanică, care, sub presiunea sunetului, începe să vibreze, transmiţând cavităţii medii a urechii sunetul sub formă de lucru mecanic.

2.2.2. Urechea medie

Urechea medie adăposteşte cele trei oscioare: ciocanul, nicovala şi scărița, cinci ligamente şi doi muşchi (muşchiul tensor al timpanului sau muşchiul ciocanului şi muşchiul stapedius sau al scăriţei), precum şi sistemele articulare care pun în legătură funcţională aceste elemente anatomice (Păcurar, 2006). Astfel, toate aceste formaţiuni anatomice alcătuiesc o pârghie prin care se transmit vibraţiile aeriene

Scanned with OKEN Scanner

de la nivelul membranei timpanice, membranei ferestrei ovale. Aceste vibrații sunt transformate în vibrații de presiune ca să poată străbate lichidele din urechea internă. Cel de-al patrulea oscior, osul lenticular (cel mai mic os din corpul uman) este cel care facilitează constituirea pârghiei. Rolul lanțului de oscioare este și de a regla intensitatea vibrațiilor, având în vedere faptul că între membrana timpanică și membrana ferestrei ovale este o diferență de suprafață (membrana timpanică are o suprafață de 10 ori mai mare decât membrana ferestrei ovale) — Anca, 2012. Astfel, mișcările scăriței pot fi asemănate cu cele ale unui piston, aceste mișcări având o amplitudine mică, dar forță mare pentru a putea pune în mișcare perilimfa, lichidul din rampa vestibulară a urechii interne. Perilimfa este un lichid cu o inerție mai mare decât a aerului, iar punerea în mișcare a acestuia reclamă o presiune crescută (la nivelul membranei ferestrei ovale presiunea va fi de 18 ori mai mare decât cea de la nivelul membranei timpanice) — Creager, 1992 apud Anca, 2012.

În urechea medie se află și trompa lui Eustachio, un conduct osteo-cartilaginos, denumit de unii specialiști canal virtual, datorită rolului acestuia, anume de a ventila camera medie a urechii, menținând aceeași presiune pe cele două suprafețe ale membranei timpanice (fața externă și fața internă). Trompa lui Eustachio comunică cu cavitatea faringiană.

Urechea medie are, astfel, funcția de a transmite, amplifica și realiza legătura dintre urechea externă și urechea internă, protejând urechea internă de mișcările excesive ale unor sunete (urechea medie are astfel și funcția de a amortiza intensitatea unor sunete). De asemenea, egalizarea presiunii aerului pe cele două suprafețe ale mebranei timpanice este asigurată tot de cavitatea medie a urechii (Păcurar, 2006).

2.2.3. Urechea internă

În urechea internă pot fi delimitate două zone total diferite, atât din punct de vedere structural, cât și funcțional (Anca, 2012):

Scanned with OKEN Scanner

- vestibulul şi canalele semicirculare: acestea conţin receptori care au rol în menţinerea echilibrului, orientarea corpului în spaţiu, informaţiile furnizate de aceşti receptori fiind preluate de nervul vestibular;
- melcul sau cohleea: acesta conţine receptorii senzoriali auditivi, informaţiile furnizate de aceşti receptori fiind preluate de nervul cohlear.

Urechea internă este compusă dintr-o serie de cavităţi săpate în grosimea stâncii osului temporal.

Cavitatea urechii interne este mărginită de două ferestre, fereastra ovală şi fereastra rotundă. Piciorul scăriţei este amplasat pe fereastra ovală. Cele două ferestre fac trecerea în cele două rampe de la nivelul urechii interne: rampa vestibulară (mărginită de fereastra ovală, poziţionată în partea de sus) şi rampa timpanică (mărginită de fereastra rotundă, poziţionată în partea de jos, sub rampa vestibulară) — Popovici, 2000; Panduru, 2011.

Cele două rampe se găsesc la nivelul labirintului/melcului osos, în interiorul căruia se găseşte labirintul membranos. Labirintul osos conţine perilimfă, iar labirintul/melcul membranos conţine endolimfă. Între cele două lichide există un potenţial electric de 80 mV (Păcurar, 2006).

Melcul sau cohleea are forma unei cochilii de melc. Melcul se roteşte de două ori şi jumătate în jurul unui ax, denumit columelă. Melcul are forma unui tunel care este despărţit în două subcavităţi de o lamă denumită lamă spirală sau lamă osoasă care se continuă cu o lamă membranoasă denumită membrana bazilară (Anca, 2012).

În interiorul melcului membranos este poziţionat Organul lui Corti, în canalul cohlear delimitat de membrana Reissner, care porneşte de pe lama spirală, oblic către peretele rampei vestibulare. Acesta este situat pe membrana bazilară. Organul Corti conţine celulele receptoare auditive (Panduru, 2011; Anca, 2012).

Cele două rampe, cea vestibulară şi cea timpanică, au rol protector şi de transmitere a undelor sonore, iar melcul membranos,

Scanned with OKEN Scanner

fiind separat de cele două rampe prin pereți elastici, poate intra în oscilații, având rolul esențial în recepția auditivă.

Organul lui Corti sau receptorul auditiv este format dintr-un epiteliu senzorial, este aşezat pe membrana bazilară a melcului membranos. Epiteliul senzorial este format din două tipuri de celule: de susținere şi senzoriale. Sunt două rânduri de celule de susținere, mai înalte, depărtate prin bazele lor şi apropiate prin vârfuri, care formează tunelul lui Corti. Restul celulelor de susținere se dispun între celulele senzoriale. Deasupra Organului lui Corti se găseşte membrana tectoria, care realizează variații de contact cu cilii celulelor receptoare, pe care îi excită în raport cu mişcările endolimfei. Mişcarea endolimfei este sincronă cu mişcarea perilimfei din melc şi aceasta cu mişcarea oscioarelor din urechea medie şi cu mişcarea membranei timpanice. La baza melcului sunt percepute sunetele înalte, iar la vârful melcului sunetele joase (Popovici et al., 2000; Păcurar, 2006).

2.2.4. Mecanismul percepției auditive

Undele sonore sunt preluate de pavilion, apoi canalizate de conductul auditiv extern spre membrana timpanică. Vibrațiile membranei timpanice sunt preluate de lanțul de oscioare din urechea medie, ajungând la scăriță, fiind apoi transmise perilimfei din rampa vestibulară şi rampa timpanică. Apoi, aceste vibrații sunt transmise endolimfei din melcul membranos, mişcările endolimfei fiind preluate de membrana tectoria, fapt ce va determina excitarea cililor celulelor receptoare. Deformarea mecanică a cililor va determina apariția unui potențial de recepție, iar în momentul când acesta atinge valoarea prag determină apariția unui potențial postsinaptic excitator. Suma potențialelor postsinaptice excitatoare va determina producerea potențialelor de acțiune, propagate în nervul cohlear (Păcurar, 2006; Panduru, 2011).

2.2.5. Segmentul de conducere al analizatorului auditiv

Segmentul de conducere este reprezentat de nervul cohlear sau ramura cohleară a nervului vestibulo-cohlear/acustico-vestibular

Scanned with OKEN Scanner

(VIII) — Popovici et al., 2000. Organul receptor primeşte dendrite de la neuronii bipolari din ganglionul Corti. Primul neuron se află la nivelul ganglionului Corti. Axonii acestui prim neuron din ganglionul lui Corti se termină în bulb, în nucleii cohleari, unde fac sinapsă cu al doilea neuron.

Axonii celui de-al doilea neuron se îndreaptă încrucişat (în cea mai mare parte, rămân totuşi şi fire neîncrucişate) spre tuberculii cvadrigemeni inferiori ai mezencefalului, care reprezintă un centru pentru reflexele legate de auz.

Al treilea neuron este situat în tuberculii cvadrigemeni inferiori, axonul acestuia se porneşte în corpii geniculați mediali ai metatalamusului, unde face sinapsă cu cel de-al patrulea neuron. Axonul acestuia proiectează pe scoarța cerebrală în cortexul auditiv (Panduru, 2011, Anca, 2012).

2.2.6. Proiecția corticală

Aria auditivă ocupă partea superioară a primei cricumvoluțiuni temporale, corespunzând ariilor 41, 42 şi 22 după topografierea realizată de Brodmann. Aria auditivă primară este aria 41, aceasta având rolul de a prelua informațiile de la receptorii auditivi. Aria 42 este o arie auditivă de asociație, stabileşte legături cu celelalte arii asociative frontale, parietale şi temporale, având rol în susținerea funcțiilor auditive automate, în materializarea atenției auditive. Aria 22 este o arie auditivă secundară, aceasta are rol gnoseologic sau de recunoaştere auditivă (Popovici et al., 2000; Anca, 2012).

3. Vocea umană și tulburările de voce[1]

3.1. Aspecte generale

Vocea umană este un fenomen complex care se produce prin interacțiunea dintre organele respiratorii, fonatorii, cavitățile rezonatorii şi

[1] Subcapitolul 3 din acest capitol, „Vocea umană și tulburările de voce", a fost publicat pentru prima dată în volumul **Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție**, volum

Scanned with OKEN Scanner

organele implicate în articularea sunetelor limbii, toate acestea fiind controlate de SNC. Astfel, producerea vocii implică o coordonare foarte fină între organele menționate şi procesele necesare.

Vocea reprezintă sunetul perceptibil produs prin trecerea aerului eliminat din plămâni, prin cavitatea laringiană. În producerea vocii, corzile vocale au un rol foarte important. Caracteristicile de bază ale vocii sunt (Woźnicka et al., 2012):

- înălțimea vocii (aceasta este direct dependentă de mişcările/ondulațiile corzilor vocale);
- intensitatea (pe care o percepem ca volum al vocii, aceasta fiind dependentă de presiunea glotală);
- calitatea (aceasta este dependentă de cavitățile rezonatoare);
- timbrul (acesta conferă culoare vocii, oferă o amprentă vocală unică vorbitorului, deosebindu-l de alți vorbitori).

O voce bună prezintă următoarele caracteristici (Woźnicka et al., 2012, ASHA, 2004):

- calitate plăcută;
- rezonanță solidă;
- înălțime adecvată;
- volum potrivit;
- expir corect gestionat;
- pronunție corectă a sunetelor;
- flexibilitate (combinarea funcțională a parametrilor mai sus menționați în funcție de contextul comunicării).

Johnson, Brown, Curtis, 1965 (apud Aronson şi Bless, 2009) menționează următoarele criterii pe marginea cărora putem stabili dacă vocea este funcțională sau prezintă tulburări:

- **calitatea plăcută a vocii**, ceea ce înseamnă o anume muzicalitate a vocii, fără sunete parazite, fără pauze necorespunzătoare, fără alterări ale înălțimii sau intensității sunetelor;

apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat.

Scanned with OKEN Scanner

- **înălțimea vocii/tonul** trebuie să fie corespunzătoare vârstei şi genului vorbitorului;
- **intensitatea vocii** trebuie să fie relaționată cu intenția de comunicare, cu momentul în care se realizează comunicarea, cu destinatarii actului comunicațional, cu locul unde se desfăşoară actul comunicațional (aceasta înseamnă că intensitatea vocii poate fi variabilă în funcție de parametrii pragmatici ai comunicării);
- vocea trebuie să fie **flexibilă**; acest parametru al vocii se referă la modul în care se combină precedenții doi parametri, anume: înălțimea vocii şi intensitatea, în vederea marcării emfazei, a diferențelor semantice, a componentei emoționale în actul discursiv;
- **sustenabilitate adecvată**; acest parametru se referă la compatibilizarea calităților vocii cu statutul social, profesional şi cu nevoile fiecărui vorbitor.

Vocea disfuncțională este tipul de voce prin care se atrage atenția asupra vorbitorului, întrucât calitatea vocii nu corespunde particularităților de vârstă, dezvoltare, de gen şi sociale ale acestuia.

De cele mai multe ori, tulburările de voce sunt delimitate prin termenul „răguşeală", acesta desemnând o voce care se articulează pe frecvențe joase, o voce care prezintă o serie de sunete parazite, o voce care are o intensitate necorespunzătoare momentului, contextului în care se realizează actul conversațional/comunicațional. Dincolo de acest termen, Aronson şi Bless (2009, p. 3) inventariază o pleiadă de alți termeni prin care se pot descrie tulburările de voce: **voce aspirată, obosită, astenică, suflată (respirată), ascuțită, gravă, monotonă, slabă, plictisitoare, sumbră, guturală, mârâită, dură, cavernoasă, infantilă, tare, stridentă, metalică, înăbuşită, neuroastenică, de piept, nazală, pasivă, sobră, încordată, discretă, groasă, subțire, fără tonalitate, tremurată, şoptită, slabă.**

Au fost conduse o serie de studii prin care să se poată ajunge la o terminologie comună în delimitarea tulburărilor de voce. Astfel,

Scanned with OKEN Scanner

delimităm tulburările de voce în funcție de parametrii prin care caracterizăm funcționalitatea vocii:

- tulburările de voce la nivelul înălțimii vocii presupun exagerări în ambele sensuri, în jos sau în sus, în legătură cu frecvența pe care se emite vocea;
- tulburările legate de intensitatea vocii presupun fie o voce prea slabă, fie o voce prea tare;
- tulburările la nivelul parametrului de flexibilitate presupun fie o voce monotonă, fie o voce prea emfatică, fie o voce incongruentă în raport cu contextul comunicațional.

Rareori tulburările de voce pot fi caracterizate din prisma unui singur parametru afectat, de cele mai multe ori acestea presupunând o combinare a afectării parametrilor prin care se delimitează vocea funcțională.

3.2.Teoriile fonației

Teoriile despre fonație, despre producerea vocii, sunt numeroase, dar literatura de specialitate delimitează următoarele cinci ca fiind elocvente (Gîrbea, Cotul, 1967; Anca, 2005):

a. teoria mecanică a fonației;
b. teoria mioelastică a fonației;
c. teoria aerodinamică a fonației;
d. teoria neurocronaxică a fonației;
e. teoria muco-ondulatorie a fonației.

3.2.1. Teoria mecanică

Această teorie se centrează asupra faptului că laringele este componenta care produce voce prin intermediul corzilor vocale care vibrează. Producerea de voce la nivel de laringe este direct dependentă de tensiunea corzilor vocale şi de lungimea lor, ceea ce conduce la formularea teoriei mecanice asupra fonației. Având în vedere această perspectivă mecanică de producere a vocii, W.

Scanned with OKEN Scanner

Kempelen (1734–1804, apud Gîrbea, Cotul, 1967) a demonstrat, pe un laringe artificial, că poate obține aceleaşi sunete pe care un laringe natural le poate produce, vibrația fiind verticală.

Această teorie elaborată de Antoine Ferrein (1741 apud Gîrbea, Cotul, 1967) într-o perioadă în care nu existau modalități de vizualizare a activității laringelui, decât prin experimentare directă (acesta a pus în evidență ceea ce a formulat la nivelul teoriei, experimentând producerea vocii pe un laringe de câine), a fost acceptată de specialişti până la sfârşitul secolului al XIX-lea.

3.2.2. Teoria mioelastică

Teoria mioelastică a fost elaborată într-o perioadă în care era posibilă investigarea activității laringiene cu ajutorul laringoscopului şi stroboscopului. În acest fel, în 1913 s-a formulat teoria mioelastică asupra fonației, teorie care susține faptul că vocea este rezultatul rupturii echilibrului stabilit între tensiunea corzilor vocale şi presiunea subglotică. Această ruptură determină apariția mişcărilor, oscilațiilor ritmice, ceea ce conduce la apariția sunetelor.

Teoria este fundamentată pe două tipuri de mişcări care au loc la nivelul cavității laringiene: mişcarea în afară (externă), care este determinată de coloana de aer, şi mişcarea dinăuntru (internă) care este realizată de forțele mioelastice interne musculaturii laringiene.

Potrivit acestei teorii, corzile vocale pot reveni în poziție inițială după trecerea undei de aer, datorită mecanismului de acțiune internă, ceea ce înseamnă că vibrarea corzilor vocale nu se realizează pe verticală, ci pe orizontală (diferit față de perspectiva prezentată de teoria mecanică asupra fonației).

Teoria mioelastică nu ia în calcul componenta de impuls nervos implicată în actul producerii vocii, componentă care ar putea explica mult mai elaborat fenomenul producerii de voce, mai ales în situații de presiune subglotică variabilă, de dizabilitate auditivă etc.

Scanned with OKEN Scanner

3.2.3. Teoria aerodinamică

Teoria aerodinamică este foarte apropiată de teoria mioelastică. Potrivit acestei teorii, implicarea corzilor vocale în actul fonației se realizează tot sub impactul undei de aer expulzate din plămâni, la fel ca în cazul teoriei mioelastice. Diferit față de perspectiva teoriei mioelastice, în teoria aerodinamică revenirea corzilor vocale în poziție inițială se realizează datorită unui fenomen de aspirare, iar nu datorită forțelor mioelastice. Fenomenul de aspirare este consecutiv scăderii presiunii subglotice după fiecare deschidere explozivă a glotei (Gîrbea, Cotul, 1967; Anca, 2005).

3.2.4. Teoria neurocronaxică

Teoria neurocronaxică a fonației se fundamentează pe lucrările de neurologie ale lui Lapicque (Gîrbea, Cotul, 1967), care evidențiază faptul că activitatea recurențială ritmică ia naştere la nivelul centrilor encefalici. Prin urmare, această teorie surprinde faptul că producerea vocii este dependentă de activitatea nervoasă, precum şi de o serie de factori endocrini.

Totuşi teoria neurocronaxică nu poate să răspundă la toate întrebările legate de complexitatea actului fonator, un exemplu de acest fel fiind legat de particularitățile fonației în cânt.

3.2.5. Teoria muco-ondulatorie

În anul 1962, Parello (Gîrbea, Cotul, 1967) evidențiază faptul că vibrația corzilor vocale este rezultatul ondulației mucoasei care alunecă pe submucoasa sa foarte laxă. Ondulația mucoasei în fonație este produsă de aerul expirat. În contextul tusei mişcările ondulatorii sunt mult mai accentuate decât în actul fonației.

Atunci când mucoasa este foarte uscată, apar o serie de tulburări fonatorii. Când țesutul celular mucos este foarte lax, apar mişcări ondulatorii multiple, excesive, ceea ce ar putea conduce la hemoragii submucoase, noduli vocali, polipi ai corzilor vocale şi diplofonie

Scanned with OKEN Scanner

(emisie pe două tonuri a vocii ca urmare a tensiunii inegale de la nivelul corzilor vocale).

Teoria muco-ondulatorie are un rol important în ceea ce priveşte abordarea terapeutică a afecțiunilor mucoasei căilor respiratorii.

4. Elemente de fizică în abordarea limbajului

Abordarea limbajului s-a realizat la nivelul acestui capitol punctând mai întâi perspectiva lingvistică, apoi delimitând aspectele de neurofiziologia limbajului, pentru ca la nivelul subcapitolului 3 din acest capitol să fie delimitate aspectele care privesc producerea efectivă a vocii. Pentru o perspectivă completă asupra producerii şi înțelegerii actului lingvistic considerăm că este necesară punctarea unor aspecte de fizică.

Prin urmare, la nivelul acestui subcapitol se vor delimita câteva aspecte de fizică importante pentru terapeutul limbajului.

Primul aspect relevant este cel legat de definirea conceptului de sunet prin opoziție cu sunetul vorbirii.

Sunetul este definit ca mişcare ondulatorie, vibratorie a moleculelor unui corp (uman sau material) care se propagă în mediul înconjurător (Gîrbea, Cotul, 1967). **Sunetul vorbirii sau fonemul** este acel sunet articulat, caracterizat prin trăsături articulatorii (trăsăturile articulatorii ale sunetelor din limba română sunt prezentate în subdiviziunea 1.3 din acest capitol), acesta având rol în construcția cuvintelor, propozițiilor şi discursului (are valențe comunicațional-funcționale) (Neamțu, 2008).

Mişcarea oscilatorie se realizează într-o anumită **perioadă de timp** (din punct de vedere acustic perioada reprezintă timpul necesar unei oscilații complete, Gîrbea, Cotul, 1967). Oscilațiile, vibrațiile pot fi periodice (acestea se caracterizează prin ritmicitate şi constanță) sau neperiodice (acestea sunt neregulate, sunt mai puțin stabile din punct de vedere acustic).

Scanned with OKEN Scanner

Oscilațiile periodice mai sunt denumite și tonuri, sunetele vorbirii caracterizate prin tonuri, prin oscilații periodice sunt vocalele, în timp ce oscilațiile neregulate sunt denumite zgomote, acestea fiind caracteristice pentru consoane (Neamțu, 2008).

Pentru terapeutul limbajului, periodicitatea sunetelor este extrem de importantă și trebuie să acorde atenție capacității vorbitorului de a produce voce și vorbire, în acord cu nevoile sale, având în vedere și aspectul temporal (de exemplu, dacă un cântăreț solicită terapie pentru voce, acuzând că rămâne fără voce uneori în timpul concertelor, este important de abordat în terapie problema periodicității, temporalității actului lingvistic).

De asemenea, temporalitatea actului lingvistic aduce în discuție și importanța perceperii și construirii conceptului de timp, o preachizițe extrem de importantă pentru limbaj, dar și pentru structurarea proceselor cognitive (Anca, 2005). Este cunoscut faptul că persoanele cu dizabilitate auditivă, în condițiile în care acestea întâmpină serioase dificultăți în achiziția limbajului, prezintă și deficite majore pentru orientare temporală. Prin urmare, problematica periodicității, temporalității limbajului pornind de la aspectele de fizică acustică, este deosebit de importantă în terapia limbajului și ea trebuie abordată în acord cu particularitățile de vârstă și de diagnostic ale fiecărui caz în parte.

Periodicitatea sunetelor este important de abordat și în contextul tulburărilor de ritm și fluență, o categorie diagnostică unde dimenisunea temporalității sunetelor vorbirii este direct afectată.

Durata sunetelor vorbirii este dependentă de volumul respirator, de calitatea gestionării inspirului și expirului, de conformația organelor fono-articulatoare.

Mișcarea ondulatorie a sunetului este caracterizată și prin **frecvență** (numărul de perioade sau oscilații complet efectuate într-o secundă, Gîrbea, Cotul, 1967). Frecvența sunetelor este un element central al oricărui demers de terapia limbajului. Întrucât sunetele vorbirii sunt caracterizate prin frecvență, este important ca

Scanned with OKEN Scanner

această dimensiune să fie abordată în demersul terapeutic. Desigur că aspectele tehnice privitoare la conceptul de frecvență sunt numeroase, complexe şi peste nivelul pregătirii terapeutului limbajului. În schimb, terapeutul limbajului trebuie să delimiteze între sunete produse pe o frecvență adecvată nivelului de vârstă, genului şi particularităților diagnostice. Astfel, vocea înaltă, produsă pe o gamă de frecvențe înalte, este specifică genului feminin şi copiilor (frecvența cea mai joasă este denumită frecvența fundamentală, la copii valoarea frecvenței fundamentale se întinde în intervalul 300–350 Hz, la femei între 180 şi 220 Hz), în timp ce vocea gravă, produsă pe o gamă de frecvențe joase, este specifică bărbaților (frecvența fundamentală la bărbați se întinde în intervalul 120–150 Hz, Rosetti, Lăzăroiu, 1982; Bodea Hațegan, 2013). Frecvența sunetelor vorbirii este dependentă de lungimea corzilor vocale (la bărbați corzile vocale fiind mai lungi decât la femei, acest aspect conduce la producerea sunetelor într-o gamă de frecvențe mai joasă).

De asemenea, terapeutul limbajului trebuie să distingă între sunetele înalte, produse pe frecvențe înalte, şi sunetele grave, produse pe frecvențe joase, întrucât sunetele înalte sunt mai dificil de articulat şi de receptat. Dintre sunetele limbii române care ridică dificultăți în articulare şi receptare, sub aspectul frecvenței, ca dimenisune acustică, putem menționa:

- sunetul „i" (vocala cea mai înaltă ca spectru acustic dintre vocalele limbii române; înălțimea crescută a sunetului poate fi conştientizată prin plasarea mâinii la nivelul capului — zona parietală; atunci când sunetul este articulat, sunetul „i" are o înălțime de 3 000–4 000 Hz);
- sunetul „s" (consoana cea mai înaltă, ca spectru acustic, dintre consoanele limbii române, se articulează pe frecvențe apropiate de 3 000 Hz).

În condițiile în care se lucrează cu copii cu dizabilități auditive, cunoaşterea acestei noțiuni de fizică acustică, a noțiunii de

Scanned with OKEN Scanner

frecvență, este importantă raportat la caracteristicile sunetelor pe care persoana cu dizabilitate auditivă le poate recepta. Cunoscând aceste caracteristici, precum şi specificitatea frecvenței sunetelor vorbirii, terapeutul limbajului poate selecta materialul lingvistic adecvat în demersul terapeutic.

O altă dimensiune acustică a sunetelor este cea a **intensității**. Intensitatea sunetelor este dependentă de volumul suflului respirator, precum şi de gradul de deschidere al glotei.

Vorbirea umană se articulează în jurul a 30-40 de decibeli, din punctul de vedere al intensității. Este evident că unele sunete ale vorbirii par mai intense şi altele sunt mai puțin intense, caracteristicile articulatorii şi vecinătățile fonetice fiind cele care influențează perceperea intensității. Astfel, sunetul „i" în cuvântul „inel" este perceput mult mai intens decât sunetul „i" din cuvântul „pomi", unde „i" postconsonantic se scurtează şi devine foarte greu perceptibil.

Timbrul sau rezonanța este o altă caracteristică a sunetului. Astfel, pe lângă frecvența fundamentală a sunetelor, există şi vibrații secundare care apar ca urmare a propagării sunetului la nivelul cavităților supralaringiene (faringe, cavitate bucală şi cavitate nazală). Aceste vibrații secundare se numesc armonice. Bineînțeles că atât activitatea laringiană, cât şi forma, integritatea cavităților aparatului fonoarticulator imprimă o caracteristică distinctă fundamentală vocii şi armonicelor, ceea ce face ca fiecare vorbitor să fie caracterizat printr-un timbru vocal distinct. Pentru a susține această afirmație putem apela la exemplul oferit de Neamțu (2008), acesta comparând timbrul sunetelor vorbirii cu timbrul sunetelor muzicale. Timbrul sunetelor muzicale este, la fel ca timbrul sunetelor vorbirii, influențat, nuanțat de rezonatorii muzicali, ceea ce se concretizează într-un „si" de fiecare dată diferit dacă sunetul este cântat la pian, violoncel sau vioară.

Scanned with OKEN Scanner

5. Abordare conclusivă

Limbajul este un fenomen complex, acesta putând fi multifațetat abordat, iar înțelegerea completă a acestuia se poate asigura doar prin abordare multidisciplinară şi interdisciplinară.

În acest capitol ne-am propus să surprindem complexitatea limbajului punctându-i **dimensiunea lingvistică** (cu abordarea subdiviziunilor specifice, cele care țin atât de lingvistica generală, cât şi de lingvistica structuralistă); **dimensiunea neurofiziologică** (atât a analizatorului verbo-auditiv, cât şi a analizatorului verbo-motor, cei doi analizatori fiind responsabili de producerea şi receptarea limbajului); **dimensiunea fonatorie** (vocea şi actul fonației este o dimeniune anume a limbajului unde componenta neurofiziologică şi cea de fizică acustică se împletesc. Am considerat totuşi că această dimensiune poate fi particularizată datorită complexității acesteia, dar mai ales datorită faptului că în cărțile de specialitate logopedică din țara noastră asupra vocii şi producerii vocii, din perspectiva logopedică, se insistă mai puțin); **dimensiunea de fizică acustică** (noțiunile de fizică acustică împletite cu noțiunile neurofiziologice şi noțiunile lingvistice asigură specificitatea punctului 4 din acest capitol, o subdiviziune în care specificul activității terapeutului limbajului este clar delimitat).

Având în vedere această perspectivă, terapia limbajului este un domeniu de confluențe, un domeniu în care pregătirea trebuie să asigure formarea de competențe teoretice şi practice multidimensionate.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ediția a cincea). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Scanned with OKEN Scanner

Anca, M. (2001). *Psihologia deficienților de auz*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecții*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2012). *Psihopedagogia deficienților de auz*, Suport de curs IDD, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Anca, M., Hațegan, C. (2006). Valențe psihopedagogice ale elementelor suprasegmentale, *Anuarul Institutului de Pregătire Didactică*, nr. 1, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M., Hațegan, C. (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M., Bodea Hațegan, C. (coord.) (2012). *Scala integrată de dezvoltare, traducere şi adaptare în limba română*, Switzerland: Cochlear AG Press.

Aronson, A.; Bless, D. (2009). *Clinical Voice Disorders*, Fourth Edition, Thieme New-York, USA: Medical Publishers, Inc.

Bodea Hațegan, C. (2012). *Semnul lingvistic. Perspective multifocale*, în Hathazi, A. (2012). Comunicarea în contextul deficienței multiple, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 68-84.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C. (2014). *Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice*, E-book, Cluj-Napoca: Editura Argonaut.

Buică, C. (2004). *Bazele defectologiei*, Bucureşti: Editura Aramis.

Carlisle, J.F. (2004). „Morphological processes that influence learning to read", în C. A. Stone, E.R. Silliman, B.J. Ehren; K. Apel (coord.). *Handbook of language and literacy*, New-York: Guilford Press.

Coşeriu, E (1999). *Introducere în lingvistică*, Cluj-Napoca: Editura Echinocțiu.

Coteanu, I, Forăscu, N., Bidu-Vrânceanu, A. (1985). *Limba română contemporană. Vocabularul, Ediția revizuită şi adăugită*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Scanned with OKEN Scanner

Dragoş, E. (2000). *Introducere în pragmatică*, Cluj-Napoca: Editura Casa Cărţii de Ştiinţă.

Elbro, C., Arnbak, E. (1996). The role of morpheme recognition and morphological awareness in dyslexia, *Annals of Dyslexia*, 46, 209-240.

Feldman, L.B. (1991). The contribution of morphology to word recognition, *Psychological Research/Psychologische Forschung*, 53(1), 33–41.

Gallena, S.K. (2007). *Voice and Laryngeal Disorders. A Problem-Based Clinical Guide with Voice Sample*, St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Gîrbea, Şt., Cotul, G. (1967). *Fonoaudiologie. Fiziologia vocii vorbite şi cântate*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Guţu, M. (1974). *Curs de logopedie, Curs Litografiat*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Guţu-Romalo, V. (1974). *Morfologie. Introducere. Părţi de vorbire flexibile*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Gray, C.A., şi Garand, J.D. (1993). Social Stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. *Focus on Autistic Behavior*, 8, 1–10.

Haţegan, C. (2009). *Modalităţi de evaluare şi dezvoltare a competenţei morfologice*, Teză de doctorat nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Haţegan, C. (2010). *Evidenţierea complexităţii producţiilor verbale prin stabilirea lungimii medii a enunţului*, în Anca, M. (2010). Psihopedagogia specială între practică şi cercetare, vol. III, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Haţegan, C. (2011). *Perspective neurofiziologice privind procesarea limbajului*, în Anca, M. (2011). Evaluarea şi intervenţia psihopedagogică — perspective integrative, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 16–26.

Haţegan, C. (2011). *Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Scanned with OKEN Scanner

Munteanu, E. (2005). *Introducere în lingvistică*, Iaşi: Editura Polirom.
Mureşan, R. (2010). *Aportul foniatriei în evaluarea profesioniştilor vocali*, Lucrare prezentată la conferința regională „Muzică şi medicină", din cadrul proiectului POS-DRU Observatorul Profesiilor Muzicale din România, http://www.opmr.eu/download/conf1/papers/muresan1.pdf.
Mureşan, R., Chirilă, M. (2010). *Reabilitarea şi igiena vocii*, Cluj-Napoca: Editura Alma Mater.
Neamțu, G.G. (2008). *Limbă română contemporană — fonetică*, curs universitar la Facultatea de Litere, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.
Neamțu, G.G. (2009). *Limbă română contemporană — morfologia*, curs universitar la Facultatea de Litere, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.
Okada, S., Ohtake, Y., şi Yanagihara, M. (2010). Improving the manners of a student with autism: The effects of manipulating perspective holders in social stories — A pilot study, *International Journal of Disability, Development, and Education*, 57(2), 207-219.
Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention*, 3rd Edition, St. Louis: Mosby-Year Book.
Panduru, V.I. (2011). *Metode de evaluare audiometrică pentru protezarea cu ancoraj osos, teză de doctorat*, Bucureşti: Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila".
Păcurar, P.I. (2006). *Anatomia şi fiziologia omului — suport de curs*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.
Popovici, D. (1994). *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale*, Bucureşti: Editura ProHumanitate.
Popovici, I., Damian, A., Papuc, I., Popovici, N.C., Chirilean, I. (2000). *Anatomie comparată. Sistemul nervos şi endocrin*, Cluj-Napoca: Editura AcademicPres.
Rosetti, Al., Lăzăroiu, A. (1982). *Introducere în fonetică*, Bucureşti: Editura Ştiințifică şi Enciclopedică.

Scanned with OKEN Scanner

Slama-Cazacu, T. (1961). *Dialogul la copii*, Bucureşti: Editura Academiei.

Sloane, P.M. (2009). *Voice Care For Teachers*, Trinity College Dublin, http://www.tcd.ie/Education/courses/pde/postgrad-dip education/Voice%20Management%20PaulineSloane[1]%20[Compatibility%20Mode].pdf.

Tătaru, A. (1997). *Limba română. Specificul pronunțării în contrast cu germana şi engleza*, Cluj-Napoca: Editura Dacia.

Van der Lely, H.K.J. (1996). Grammatical specific language impaired children: Evidence for Modularity, Koster, C; Wijnen, F. (coord.). *The Groningen Assembly on Language Acquisition, Groningen*, Netherlands: University of Groningen Press, 273-282.

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Woźnicka, E.; Niebudek-Bogusz, E.; Kwiecień, J.; Wiktorowicz, J.; Śliwińska-Kowalska, M. (2012). Applicability of the Vocal Tract Discomfort (VTD) Scale in Evaluating the Effects of Voice Therapy of Occupational Voice Disorders, *Medycyna Pracy*, 63(2):141–152.

http://www.asha.org/

Scanned with OKEN Scanner

Anexa I. Cuvinte cu scriere fonologică

Ciorap	
Ghindă	
Chitară	
Ceapă	
Ceafă	
Ghioagă	
Gherghef	
Geam	
Cioară	
Kilogram	
Pix	
Examen	
Excavator	
Mioara	
Aripioară	
Ienupăr	
Este	
Epocă	
Ea	
El	
Aortă	
Cooperativă	
Alcool	
Geamgiu	
Înființat	
Fiindcă	
Înnoptat	
Fii	
Fiice	
Îmbăiat	
Împăiat	
Înota	
Câine	
Mână	
Mâine	
Pâine	
Hiat	
Pomi	
Bineînțeles	
Hienă	

Scanned with OKEN Scanner

Anexa II. Cuvinte complexe

1. extraterestru
2. impracticabil
3. telespectator
4. acompaniament
5. îndeletnicire
6. accesibilitate
7. caracteristică
8. promptitudine
9. condiment
10. supraîncărcată
11. avertisment
12. imposibilitate
13. corespondență
14. paralelipiped
15. ambarcațiune
16. frecvență
17. luceafăr
18. indispensabil
19. punctuație
20. reprezentant
21. inconștient
22. treisprezece
23. vestimentație
24. hidrocentrală
25. indemnizație
26. invincibil
27. amuzament
28. sârguincios
29. îmbrânceală
30. internațional
31. comportament
32. recomandabil
33. arhitectură
34. incoruptibil
35. închizătoare
36. punctualitate
37. supraveghetor
38. excepțional
39. zăpăceală
40. entuziasmat

Scanned with OKEN Scanner

Anexa III. Cuvinte simple din punct de vedere fonologic

Nas	Ace	Tot
Mama	Lac	Pat
Papa	Mac	Bun
Tata	Rai	Mașină
Toba	Cal	Mână
Coș	Cai	Papuci
Pun	Balon	Pupic
Bebe	Bob	Copac
Nana	Alo	Ied
Nina	Pod	Fum
Casa	Dulap	Cutie
Gât	Mov	Geantă
Laba	Șef	Beau
Coada	Puf	Copii
Cana	Buf	Gara
Fata	Ac	Ou
Face	Ușă	Apa
Vaca	Leu	Pai
Miau	Fin	Pui
Ham	Lin	Acolo
Oaia	Nu	Pâine
Bou	Suc	Câine
Da	Duce	Baba

Scanned with OKEN Scanner

Dislalia. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție

1. Delimitări conceptuale

Termenul de dislalie desemnează o categorie specifică de tulburări de pronunție cu un caracter tranzitiv. Dislalia presupune tulburări la nivelul laturii fonetico-fonologice a limbajului, tulburare denumită în DSM-5 tulburarea sunetelor vorbirii sau a fonemelor. În contextul dislaliei nu apar tulburări la nivelul celorlalte laturi ale limbajului, adică latura lexico-semantică, morfo-sintactică sau pragmatică. Această tulburare implică, în conformitate cu DSM-5, tulburări în planul articulării sunetelor vorbirii ca urmare a deficitelor de procesare fonologică, dar şi ca urmare a deficitelor din planul motor — deficite de mobilizare şi coordonare corectă a componentelor aparatului fonoarticulator. Implicațiile deficitelor se remarcă la nivelul gradului de inteligibilitate a vorbirii.

Această tulburare exclude dizabilitatea intelectuală, tulburările neurologice, dizabilitatea auditivă sau alte afecțiuni medicale care pot împiedica articularea corectă a sunetelor vorbirii.

DE REȚINUT!

În condițiile în care în contextul tulburării dislalice nu apar deficite decât la nivelul laturii fonetico-fonologice a limbajului, iar nu la nivelul celorlalte laturi: latura morfo-sintactică, latura lexico-semantică, latura pragmatică a limbajului, este important ca diagnosticul diferențial să fie unul corect.

Scanned with OKEN Scanner

Dislalia este adesea diagnosticată greșit ca întârziere în dezvoltarea limbajului sau ca tulburare de pronunție în contextul diferitelor forme de dizabilitate: dizabilitate intelectuală, dizabilitate neuromotorie.

Pentru ca diagnosticul să fie stabilit corect se impune derularea unor examinări complexe în plan:

- psihologic (este evaluată capacitatea de funcționare cognitivă și se elimină posibilitatea dizabilității intelectuale);
- psihopedagogic (sunt evaluate toate funcțiile psihologice și se elimină tulburarea pervazivă de dezvoltare sau întârzierea în dezvoltarea limbajului ca urmare a unei întârzieri generale în dezvoltare);
- medical și neurologic (examenul medical și neurologic elimină posibilitatea existenței unor afecțiuni medicale sau a leziunilor neurologice).

Prin urmare, tulburările de pronunție a sunetelor, tulburările articulatorii se constituie în elementul definitoriu al acestui tip de categorie diagnostică.

Principalele forme ale tulburării de pronunție sunt:

- **distorsiunea** — acest tip de tulburare presupune alterarea sunetului în cauză, articularea lui în neconcordanță cu caracteristicile lui articulatorii de clasă sau supraclasă, precum şi în neconcordanță cu caracteristicile lui coarticulatorii. Caracteristicile de supraclasă se referă la acele aspecte definitorii pentru categoria sunetelor vocalice sau consonantice, în timp ce caracteristicile de clasă se referă la subcategorii specifice de sunete din categoria sunetelor vocalice (vocalele anterioare, vocalele mediane/centrale) sau consonantice (consoanele explozive, consoanele fricative). De exemplu, în aceste condiții copilul poate pronunța distorsionat sunetul „p" din cuvântul „pat", rezultând în locul explozivei „p", un sunet şi cu caracteristici fricative, o combinație între „p" şi „f". Caracteristicile coarticulatorii sunt cele oferite de contextul de coarticulare, de sunetele din vecinătate. În acest caz

Scanned with OKEN Scanner

copilul poate pronunța distorsionat un sunet vocalic „e" care, într-un anumit context coarticulator, este semivocală şi trebuie pronunțat mai estompat (de exemplu cuvântul „mea" este pronunțat de copil „me-a", semivocala „e" fiind pronunțată asemănător cu vocala „e", ceea ce rezultă fiind un cuvânt bisilabic, în care diftongul „ea" este transformat în hiat).

- **omisiunea** — acest tip de tulburare presupune excluderea sunetului în cauză de la nivelul cuvântului. De exemplu, cuvântul „rață" este pronunțat de copil „ață", ceea ce înseamnă că acel copil omite sunetul „r".
- **substituția/înlocuirea** — acest tip de tulburare presupune utilizarea în locul sunetului-țintă a unui alt sunet, apropiat sau nu ca structură articulatorie. De exemplu, un sunet apropiat ca structură articulatorie pentru sunetul „p" poate fi sunetul „b", astfel cuvântul „poală" poate fi înlocuit de copil prin cuvântul „boală". Un sunet mai puțin apropiat ca structură articulatorie pentru sunetul „p" poate fi sunetul „s", astfel cuvântul „poală" este pronunțat „soală". Orice formă de dislalie în care apare înlocuirea/substituția sunetelor este denumită paradislalie.

Tulburarea dislalică poate afecta fiecare sunet din inventarul sunetelor/fonemelor limbii. Pentru a se preciza care este sunetul afectat sunt delimitate mai multe subtipuri de tulburări dislalice, denumirile acestora fiind construite după modelul: numele sunetului în limba greacă + sufixul „cism" în contextul în care tulburarea dislalică presupune distorsiunea sau omisiunea unui fonem consonantic, iar în cazul în care apar substituiri aceleaşi denumiri sunt însoțite de pseudoprefixul „para-". Atunci când apar tulburări dislalice la nivelul vocalelor, subcategoria acestora poartă numele de dislalia vocalelor şi se menționează efectiv sunetul vocalic afectat. Astfel, pentru consoane subcategoriile de tulburări dislalice sunt (Vrăşmaş şi Stănică, 1997):

Scanned with OKEN Scanner

- „b" — betacism şi parabetacism;
- „p" — pitacism şi parapitacism;
- „c" — capacism şi paracapacism;
- „g" — gamacism şi paragamacism;
- „t" — tetacism şi paratetacism;
- „d" — deltacism şi paradeltacism;
- „f" — fitacism şi parafitacism;
- „v" — vitacism şi paravitacism;
- „l" — lambdacism şi paralambdacism;
- „r" — rotacism şi pararotacism;
- „n" — nutacism şi paranutacism;
- „m" — mutacism şi paramutacism;
- „h" — hapacism şi parahapacism;
- „s, z, j, ş, ţ, č, ğ" — sigmatism şi parasigmatism.

2. Factori de risc și cauze ale tulburării dislalice

Literatura de specialitate delimitează ca fiind cei mai frecvenți următorii factori de risc asociați cu dezvoltarea tulburărilor de limbaj şi comunicare: **istoricul familial care evidențiază existența unor patologii de limbaj, genul masculin al copilului, naşterea prematură şi greutatea mică la naştere** (Wankoff, 2011 după Bodea Hațegan, 2015).

Tulburarea dislalică poate avea drept cauză factori de natură organică sau funcțională, fără implicații la nivelul sistemului nervos central (SNC). Printre **factorii de natură organică** putem menționa atât factori care țin de componenta motorie, cât şi factori care țin de componenta senzorială a limbajului:

- malformațiile de la nivelul organelor periferice ale aparatului fonoarticulator: limbă, dinți, maxilar inferior, palatul dur, vălul palatin, cavitate nazală (componenta motorie a limbajului). Dintre aceste tipuri de malformații putem inventaria (Anca, 2005):
  a. limba este mai mare — macroglosie;

Scanned with OKEN Scanner

b. limba este mai mică — microglosie;
c. frenul lingual este mai scurt, nepermițându-i limbii să realizeze mişcările necesare de ridicare în spatele incisivilor superiori — anchiloglosie;
d. maxilarul inferior/mandibula este mai proeminent(ă) în raport cu maxilarul superior, ceea ce nu permite realizarea unei ocluzii bucale corecte — prognatism sau progenie;
e. maxilarul superior este mai proeminent, în raport cu maxilarul inferior — prognatism;
f. dinții superiori sunt proeminenți, mai ales în condițiile în care copiii sug degetul pentru o perioadă mai lungă de timp;
f. maxilarele sunt mai reduse ca dimensiune, maxilarele sunt slab dezvoltate — dicrognație;
g. maxilarele sunt mai mari ca dimensiune — macrognație;
h. maxilarul inferior sau cel superior este retras înspre cavitatea bucală (direcția inversă decât situația prognatismului) — retrognație;
i. dinții sunt implantați defectuos;
j. distanța dintre incisivii superiori este mai mare, ceea ce permite scurgerea necontrolată a aerului din cavitatea bucală — diastemă;
k. palatul dur, vălul palatin, rebordul alveolar superior şi buza superioară pot fi despicate, unilateral total sau parțial, precum şi bilateral total sau parțial. Despicătura poate interesa doar o componentă a aparatului fonoarticulator, de exemplu putem delimita doar despicături la nivelul buzei (ceea ce popular poartă denumirea de „buză de iepure"). Toate implicațiile logopedice ale despicăturilor labio-maxilo-palatine sunt reunite sub cupola diagnosticului de rinolalie, mai multe detalii putându-se prelua din capitolul dedicat acestei patologii de Guțu (1974), Moldovan (2006), Bodea Hațegan (2013), precum şi în capitolul dedicat acestei problematici în acest volum.

Scanned with OKEN Scanner

l. bolta palatină este ogivală (patologie denumită popular „gură de lup").
- malformațiile de la nivelul componentelor periferice ale analizatorului auditiv: urechea externă, urechea medie (componenta senzorială a limbajului).

Factorii de natură funcțională sunt articulați, de asemenea, la nivelul celor două componente ale limbajului, componenta senzorială şi cea motorie. Factorii de natură funcțională presupun:
- un tonus muscular slab, deficitar, coordonare musculară imprecisă la nivelul componentelor motorii ale aparatului fonoarticulator;
- abilități deficitare de procesare auditivă, auz fonematic deficitar, conştiință fonologică deficitară (aspecte care interesează componenta senzorială a limbajului).

Pe lângă aceste tulburări de natură organică sau funcțională, în contextul apariției tulburărilor dislalice pot fi delimitate şi cauze fiziologice, acestea evidențiind faptul că limbajul se achiziționează stadial, el fiind dependent de ritmul firesc de dezvoltare generală al copilului. Prin urmare, este acceptat faptul că la vârsta antepreşcolară şi preşcolară (intervalul 6 luni–5 ani) componenta fonologică a limbajului se află în dezvoltare, este perioada de achiziționare a deprinderilor de articulare, de pronunție, ceea ce înseamnă că tulburările de pronunție din acest interval de timp sunt considerate nepatologice. Este important de precizat aici faptul că, deşi intervalul temporar de structurare a abilităților articulatorii este unul atât de permisiv, aproximativ 4 ani (de la apariția primelor sunete şi cuvinte până la vârsta de 5 ani), nevoia abordării de timpuriu a tulburărilor de limbaj şi comunicare obligă logopedul, specialistul în terapia limbajului, să evalueze şi să monitorizeze foarte atent fiecare copil, iar în situațiile în care gravitatea deficitelor articulatorii contribuie la inadaptare în mediul educațional, în mediul familial şi extrafamilial, precum şi la tulburări comportamentale

Scanned with OKEN Scanner

și emoționale, se impune nevoia abordării terapeutice timpurii a acestor deficite, tocmai pentru a se evita fixarea acestora și transformarea lor în tulburări cu caracter patologic. **Pentru ca tulburarea dislalică fiziologică să nu devină una patologică se impune intervenția timpurie după o evaluare de specialitate.**

De asemenea, printre cauzele tulburărilor dislalice putem menționa:

- mediul socioeconomic și cultural deficitar asociat cu metode educaționale necorespunzătoare;
- imitarea vorbirii deficitare a unor persoane din mediul familial al copilului;
- încurajarea vorbirii deficitare a copilului spre amuzamentul și buna dispoziție a celor din jurul copilului;
- bilingvismul sau plurilingvismul.

3. Tipuri de tulburări dislalice

Tulburarea dislalică este subdivizată în mai multe tipuri, în funcție de următoarele criterii:

a. în funcție de factorii etiologici pot fi delimitate următoarele tipuri de dislalii (criteriul anatomo-fiziologic):
   - dislalie organică sau mecanică;
   - dislalie funcțională;
   - dislalie fiziologică.

b. în funcție de criteriul simptomatologic (Vrăşmaş și Stănică, 1997):
   - *dislalie simplă sau monomorfă* — atunci când un singur sunet este afectat. În aceste condiții intervenția logopedică poate avea rezultate favorabile foarte repede.
   - *dislalie polimorfă* — atunci când mai multe sunete sunt afectate, ceea ce face ca nivelul inteligibilității vorbirii să fie unul scăzut. În aceste condiții intervenția logopedică este una îngreunată.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 2. Exemplificări ale tipurilor de dislalii în funcție de criteriul anatomo-fiziologic (selecție din Bodea Hațegan, 2015).

Componenta afectată din punct de vedere	La nivel verbo-motor	La nivel verbo-auditiv
organic periferic	- malocluzia cavității bucale; - prognatismul; - macro sau microglosie; - fren lingual scurt; - despicături labio-maxilo-palatine; - văl palatin malformat. Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia mecanică sau rinolalia.	- aplazia pavilionului urechii; - lipsa canalului auditiv extern; - malformarea oscioarelor din urechea medie; - perforarea membranei timpanice. Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia senzorială.
funcțional periferic	La nivel motor afectarea funcțională periferică se referă la o motricitate slabă. Această motricitate disfuncțională poate fi localizată la nivelul tuturor organelor participante activ în producerea sunetelor: limbă, buze, musculatură facială și maxilar inferior, văl palatin, corzi vocale, musculatura faringelui și a laringelui. Tulburarea de limbaj din această situație este dislalia, inclusiv dislalia fiziologică. De asemenea, în aceste situații diagnosticul poate fi și cel de tulburare de voce.	La nivel auditiv afectarea funcțională periferică presupune pierderi ușoare, cel mult severe de auz din cauza faptului că elementele componente ale urechii externe și medii prezintă deficite în exercitarea funcției lor. Astfel, în urma unor otite medii repetate, vindecate, persoana poate prezenta un tablou de deficiență de auz ușoară, moderată sau cel mult severă (în funcție de gravitatea patologiilor). În urma unei timpano-plastii, persoana poate prezenata pierderi ușoare de auz, din cauza afectării elasticității membranei timpanice. În planul achiziției limbajului, consecința este natura patologică a dislaliei senzoriale sau audiogene.

c. în funcție de criteriul periodizării:
   - *dislalie congenitală* — încă din momentul în care copilul începe să vorbească, anumite sunete sunt distorsionate;
   - *dislalie dobândită* — dislalia mecanică poate avea caracter dobândit.

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Tulburarea dislalică propriu-zisă exclude dizabilitatea intelectuală, tulburările emoționale și comportamentale, tulburările din spectrul autist etc. În toate aceste tulburări apar tulburări de pronunție care se datorează altui mecanism etiologic, acestea fiind generate de tabloul de dizabilitate principal. În practica terapeutică, în foarte multe dintre aceste cazuri, diagnosticul logopedic stabilit este cel de dislalie. Este important de reținut faptul că cel mai corect putem descrie acele tulburări din plan lingvistic denumindu-le simplu tulburări de pronunție sau articulare pe fondul unei tulburări din spectrul autist, al unei tulburări emoționale și comportamentale, al dizabilității intelectuale.

În cazul în care apar afectări de natură organică centrală, tulburarea de pronunție este foarte asemănătoare cu cea dislalică, însă diagnosticul diferențial se stabilește ușor, din cauză că această tulburare cu substrat organic central cedează foarte greu la intervenție logopedică, spre deosebire de tulburarea dislalică propriu-zisă, iar afectarea este exclusiv de natură motorie. Din cauza asemănărilor de la nivel simptomatologic între tulburarea dislalică propriu-zisă și tulburarea de pronunție cu afectare centrală/neurologică — dizartria, Guțu (1974) consideră că un termen potrivit pentru a denumi elocvent dizartria este și cel de dislalie centrală.

4. Direcții de evaluare

4.1. Aspecte generale despre evaluarea tulburării dislalice

Evaluarea în contextul dislaliei presupune utilizarea unui instrumentar logopedic specific: fişa de evaluare a sunetelor izolate, albumul logopedic, set de imagini pe baza cărora copilul să poată denumi (imagini cu animale, cu principalele culori, cu legume şi fructe, cu alte tipuri de alimente, cu diferite mijloace de transport, cu îmbrăcăminte şi încălțăminte), probe de lateralitate, proba adaptată după Alice Descoeudres pentru stabilirea vârstei psihologice a limbajului (Vrăşmaş şi Stănică, 1997). Datele culese

Scanned with OKEN Scanner

se condensează la nivelul unei fişe logopedice sau la nivelul unui raport logopedic.

Pentru ca diagnosticul logopedic să fie unul corect, este necesară munca la nivelul unei echipe interdisciplinare, echipă care să cuprindă pe lângă terapeutul limbajului:

- un medic generalist sau pediatru (în unele situații dacă medicul de familie poate oferi multe date despre caz, atunci acesta poate fi inclus în echipa de diagnostic);
- un neurolog (pentru a ne asigura că tulburarea cu care ne confruntăm este una fără substrat neurologic, făcând astfel diagnosticul diferențial dintre dislalie şi dizartrie);
- un psiholog/psihopedagog (pentru a surprinde aspectele specifice de dezvoltare, cu implicații asupra realizării diagnosticului diferențial. Informațiile cu privire la nivelul funcționării cognitive sunt cele mai valoroase informații pentru terapeutul limbajului pentru a putea stabili dacă tulburarea de pronunție este una propriu-zisă, de tip dislalic sau este o tulburare care apare pe fondul unei dizabilități intelectuale. Bineînțeles că informațiile care privesc componenta emoțională şi comportamentală sunt, de asemenea importante, cu valoare de diagnostic şi pronostic pentru terapeut);
- profesorul de sprijin (dacă tulburarea de la nivelul limbajului oral are implicații şi asupra scrisului şi cititului, copilul fiind şcolar);
- audiologul (dacă dislalia este una de factură senzorială sau audiogenă trebuie realizat un examen audiologic);
- educatoarea sau învățătoarea (pentru a oferi date cu privire la performanța educațională a copilului, a surprinde progresul, regresul sau perioadele de stagnare. De asemenea, este important de menționat că, în cazul oricărei forme de tulburare de limbaj şi comunicare, contribuția educatoarei/învățătoarei sau a celorlalte cadre didactice care lucrează cu copiii este deosebit de importantă, acestea putând continua activitatea din

Scanned with OKEN Scanner

cabinetul de terapie a limbajului, susținând şi generalizând achizițiile înregistrate);
- părinții (aceştia sunt membrii cei mai importanți ai echipei interdisciplinare, pentru că ei pot facilita prin datele pe care le oferă stabilirea diagnosticului corect, dar mai ales pot susține demersul terapeutic, continuându-l şi generalizând achizițiile în viața de zi cu zi).

4.2. Direcții logopedice specifice în evaluarea tulburării dislalice

4.2.1. Fișa cu sunetele izolate ale limbii române

Această fişă este prima care se utilizează în demersul de evaluare logopedică, oferind informații despre abilitățile articulatorii ale copilului, în vorbire reflectată. Fişa poate fi utilizată drept instrument unde se realizează cotarea rezultatelor, în timp ce abecedarul magnetic sau cartonaşele cu grafemele corespunzătoare sunetelor să fie prezentate efectiv copilului.

Procedura constă în indicarea cartonaşului corespunzător unui anumit sunet, denumirea sunetului de către terapeut, iar copilul este solicitat să reproducă modelul articulator oferit.

Terapeutul notează pe fişă dacă sunetul este emis corect, distorsionat, înlocuit şi cu ce este înlocuit, omis sau nearticulat (copilul poate refuza să articuleze la cerere un anumit sunet dacă îşi conştientizează tulburarea cu care se confruntă şi aceasta are implicații emoționale negative).

4.2.2. Albumul logopedic

Este unul dintre cele mai importante materiale utilizate în terapia tulburărilor de limbaj. Acesta presupune o colecție de imagini, corespunzătoare unor cuvinte care prezintă sunetele/fonemele limbii în trei contexte coarticulatorii: poziție inițială, poziție mediană şi poziție finală. Albumul logopedic este diferit față de un simplu

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 3. Fișa de evaluare a sunetelor izolate.

Sunetul/ fonemul	Pronunție corectă	Distorsionat	Înlocuit cu	Omis/ nearticulat
A				
O				
U				
Ă				
E				
Î				
I				
B				
P				
M				
D				
T				
N				
L				
V				
F				
G				
C				
Ğ				
Č				
Z				
S				
J				
Ș				
Ț				
H				
R				
Total sunete 27				

Scanned with OKEN Scanner

abecedar prin faptul că are în vedere acest criteriu al localizării sunetului la nivel de cuvânt, dar şi prin faptul că presupune focalizarea pe sunet/fonem, iar nu pe corespondentul grafemic al acestuia, litera. Astfel, în contextul unei tulburări de pronunție, utilizarea albumului logopedic este cu atât mai necesară şi importantă cu cât învelişul sonor al cuvintelor este afectat, iar nu reprezentarea grafică a acestora.

Gradul de complexitate al întocmirii albumului logopedic poate fi crescut prin materializarea a încă trei criterii:

- contextele coarticulatorii selectate pentru a fi incluse în album trebuie să fie cât mai simple, caracteristicile acustice suplimentare ale sunetelor preluate din vecinătatea articulatorie trebuie să fie cât mai reduse numeric. Cu alte cuvinte, prin intermediul albumului logopedic se încearcă evaluarea abilităților coarticulatorii cele mai simple din punct de vedere fonologic. Desigur că, dacă terapeutul consideră că este important să evalueze şi cuvinte complexe fonologic, atunci se impune elaborarea unui album logopedic care să fie structurat în acest sens;
- cuvintele reprezentate prin imaginile cuprinse în volum pot fi: toate monosilabice, toate bisilabice, toate plurisilabice sau cu un număr diferit de silabe, la nivelul albumului neexistând omogenitate din acest punct de vedere. Dacă se utilizează albume logopedice care cuprind cuvinte cu un număr omogen de silabe, atunci evident că terapeutul trebuie să utilizeze în demersul de evaluare trei albume logopedice, nefiind obligatoriu a se utiliza toate pentru acelaşi caz. Astfel, principalul dezavantaj este dat de volumul mai mare de timp necesar evaluării, dar şi întocmirii albumelor, precum şi de situația de a fi în imposibilitatea de a găsi cuvinte pentru cele trei poziții coarticulatorii: inițial, median, final. Utilizarea unui album neomogen, din punctul de vedere al numărului silabelor cuvintelor cuprinse la nivelul acestuia, nu permite o evaluare foarte fină şi detaliată a abilităților articulatorii ale

Scanned with OKEN Scanner

copilului, dar nici o individualizare a demersului de evaluare în acord cu particularitățile de dezvoltare ale copilului;
- adecvarea albumului vârstei şi nivelului de dezvoltare (pentru şcolarii cu tulburări de pronunție cuvintele cuprinse în albumul logopedic trebuie să aibă un nivel mai crescut de complexitate fonemică, articulatorie, decât pentru antepreşcolari şi preşcolari. De asemenea, sfera noțional-conceptuală acoperită pentru şcolari trebuie să fie una mai extinsă decât pentru preşcolari).

Prin urmare, fiecare terapeut al limbajului ar trebui să dețină mai multe albume logopedice care să îi asigure posibilitatea unei evaluări cât mai complete a fiecărui caz în parte.

DE REȚINUT!

Albumul logopedic este utilizat în practica terapeutică pentru a se identifica dacă sunetele/fonemele din inventarul limbii române sunt pronunțate corect, distorsionate, omise sau înlocuite, avându-se în vedere cele trei contexte coarticulatorii de bază: poziția inițială, mediană și finală la nivelul cuvântului. Prin urmare, nu este relevant dacă în albumul logopedic sunt cuprinse imagini corespunzătoare unor cuvinte pe care copiii evaluați nu le cunosc. De asemenea, nevoia de adaptare a imaginilor și cuvintelor particularităților de vârstă și de dezvoltare rezidă în metodologia de utilizare a albumului. Dacă imaginea selectată în album este denumită de copil utilizând alt cuvânt decât cuvântul preconizat, atunci trebuie identificată o altă imagine pentru cuvântul-țintă sau care să corespundă unui alt cuvânt, dar care să materializeze criteriul - poziție articulatorie la nivel de cuvânt.

Aceste mici inconveniente apar atunci când albumul este utilizat pentru a evalua vorbirea independentă. Albumul poate fi utilizat și pentru a evalua articularea sunetelor în vorbirea reflectată (adică terapeutul oferă modelul articulator, iar copilul repetă acel model prin imitare). Tehnica vorbirii reflectate nu oferă însă atât de multe date despre abilitățile propriu-zise de articulare ale copilului, mai ales dacă anumite sunete sau

Scanned with OKEN Scanner

foneme sunt doar în curs de consolidare sau automatizare în vorbire. Prin utilizarea acestei tehnici e mai puțin probabil să nu se identifice în mod corect funcționalitatea abilităților articulatorii și coarticulatorii. Desigur că ambele modalități de evaluare, cea prin vorbire reflectată și cea prin vorbire independentă, pot fi utilizate în aceeași sesiune de evaluare, rezultatele obținute putând oferi mai multe indicii terapeutice.

4.2.3. Seturi de imagini, cărți și alte materiale

În evaluarea logopedică este important să utilizăm o serie de materiale, cărți, imagini, jucării care să permită verbalizarea. Acele mostre de limbaj sunt înregistrate şi analizate focalizându-se, în contextul unei tulburări dislalice, asupra funcționalității articulatorii.

Desigur că este importantă tratarea globală a vorbirii, întrucât între dislalie şi alte tipuri de tulburări de limbaj şi comunicare se impune realizarea unui diagnostic diferențial. Astfel, pentru a stabili un diagnostic de dislalie este necesar ca, la nivel lingvistic:

- componenta fonetico-fonologică a limbajului să prezinte tulburări de tipul omisiunii, distorsiunii sau înlocuirii;
- tulburările să apară nu numai în contextul unor afectări motorii;
- structurarea morfosintactică să fie funcțională;
- la nivelul componentei pragmatice a limbajului să nu existe deficite;
- volumul vocabularului activ şi pasiv al copilului să fie adecvat particularităților de vârstă.

Prin urmare, utilizarea tehnicii analizei mostrelor de limbaj este foarte importantă. O variantă standardizată a unei astfel de tehnici este Lungimea Medie a Enunțului (MLU), descrisă detaliat de Hațegan, (2009, 2011).

4.2.4. Fișa de caracterizare logopedică

Fişa de caracterizare logopedică se constituie într-un important material utilizat în evaluarea limbajului. Aceasta este un instrument

Scanned with OKEN Scanner

cu atât mai valoros pentru un logoped începător tocmai datorită faptului că asigură o radiografiere organizată şi complexă a limbajului.

În practica logopedică pot fi identificate nenumărate modele de fişe logopedice. Selectarea celei mai potrivite fişe logopedice se face în funcţie de cât de eficientă este utilizarea acesteia. Prin urmare, dacă logopedul are suficient timp la dispoziţie şi este interesat sau obligat de situaţie să condenseze cât mai multe date la nivelul fişei logopedice sugerăm utilizarea modelului propus de Guţu (1974) şi Moldovan, 2006 (vezi Anexa I). Dacă terapeutul limbajului nu are timp sau nu este nevoie ca acesta să condenseze la nivelul unei fişe atât de detaliate date, propunem următorul model de fişă de caracterizare logopedică (vezi Anexa II).

În Anexa III propunem un model completat de fişă logopedică complexă.

5. Direcţii de intervenţie

5.1. Instrumentar utilizat

5.1.1. Oglinda logopedică

Oglinda logopedică este cel mai important element al unui cabinet logopedic. Dimensiunile oglinzii sunt mai puţin importante (este nevoie însă ca oglinda să fie suficient de mare încât să permită postarea alăturată a terapeutului cu copilul şi reflectarea întregului bust). De o importanţă mai crescută pentru oglinda logopedică sunt însă părţile laterale ale oglinzii care să poată fi ajustate ca poziţie închis-deschis, ceea ce permite vizualizarea în detaliu a tuturor mişcărilor de la nivelul comisurilor bucale (Moldovan, 2006).

5.1.2. Spatulele logopedice

În practica logopedică, pentru a realiza mobilizarea musculară este nevoie de utilizarea unui instrumentar specific. În acest sens

Scanned with OKEN Scanner

pot fi utilizate spatulele logopedice. Utilizarea acestor instrumente este recomandată a se realiza cu mare atenție. Sunt cazuri în care copiii se sperie sau le creează o senzație de dezgust, situație în care spatulele nu pot fi utilizate (Guțu, 1974).

DE REȚINUT!

Reflexul de vomă este unul dintre reflexele care se păstrează pentru tot restul vieții. Acesta poate fi angrenat prin apăsarea pe rădăcina limbii, reflexul fiind unul de protecție a faringelui. La copii acest reflex poate fi activat mult mai ușor, limba fiind mult mai sensibilă, astfel că simpla apăsare a limbii în partea mediană poate angrena acest reflex. Pentru stimularea musculaturii orofaciale fără a angrena reflexul de vomă, cu implicații terapeutice pozitive, se poate recomanda mestecarea de gumă în cazul în care copilul nu are contraindicații medicale din sfera gastrică (Webb, Adler, 2008).

În contextul unor tulburări motorii mai serioase, cu implicații neurologice, spatulele logopedice trebuie înlocuite cu instrumente care antrenează grupele musculare mult mai susținut. Dintre aceste instrumente putem menționa ARK's Z-Vibe, instrumente cu capete vibratoare, asemănătoare unei periuțe de dinți, cu diferite texturi şi care se recomandă a fi utilizate pentru stimularea musculaturii orofaciale chiar şi în cazul unor pareze[1].

5.1.3. Discul logopedic

Este un alt instrument utilizat cu succes în practica logopedică. Acesta este utilizat în vederea facilitării trecerii de la articularea izolată a sunetelor la coarticularea acestora şi formarea unei silabe prin prelungirea vocalei. Acest material are formă circulară (în mod tipic), iar în centru o consoană, în timp ce pe margini sunt scrise cele 7 vocale. Sarcina copilului este de a pronunța legat, coarticulat consoana împreună cu fiecare dintre cele 7 vocale din limba

[1] http://www.arktherapeutic.com/z-vibes-all/

Scanned with OKEN Scanner

română (formând astfel silabe deschise de tipul „sa", „se", „si"), apoi invers, de a constitui silabe închise prin legarea vocalei de consoană (de exemplu, „as", „es", „is").

Toate sunetele pot fi abordate terapeutic în etapa de consolidare prin intermediul discului logopedic. Discul logopedic exprimă, de obicei, o poveste, ceea ce motivează copilul să repete după modelul terapeutului o serie de combinații fonematice fără semnificație. De asemenea, povestea poate angrena copilul în joc şi poate stimula coarticularea sunetelor în mod independent. De exemplu, în cazul nostru povestea poate fi: „Soarele este ca o floare cu mai multe petale; pentru a lumina, fiecare petală trebuie strigată pe nume să se trezească". Apoi terapeutul îi oferă copilului modelele articulatorii şi îi cere acestuia să le reproducă. Pentru ca poveştile utilizate să aibă valoarea terapeutică scontată trebuie ca terapeutul să utilizeze felurite discuri logopedice, fiecărui sunet antrenat să îi dedice un disc logopedic creat pe marginea unei poveşti.

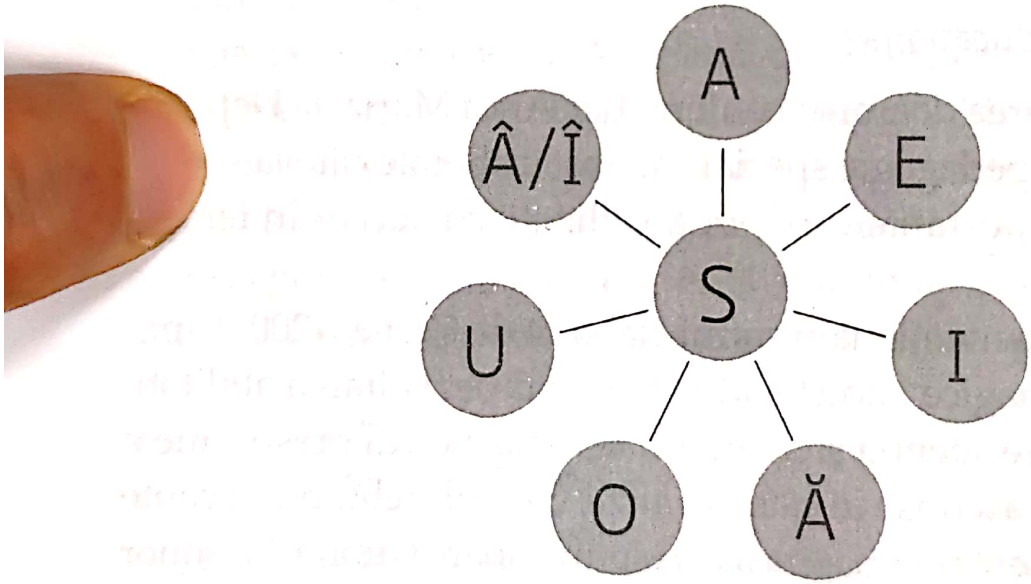

Figura 3. Exemplu de disc logopedic.

5.1.4. Profilurile de pronunție

Profilurile de pronunție se pot utiliza în variante multiple: sub formă de cartonaşe, sub formă de reprezentări schematizate

Scanned with OKEN Scanner

desenate, sub formă de reprezentări imagistice cu fețe umane sau sub formă computerizată. Seica (2006) a elaborat un program computerizat intitulat *Profiluri de pronunție*, care permite vizualizarea mecanismului articulator în momentul pronunției sunetelor din limba română.

Utilizarea profilurilor de pronunție îi oferă copilului cu care se lucrează informații vizuale despre componentele aparatului fonoarticulator implicate în actul de pronunție, facilitând vizualizarea chiar şi a părții posterioare a cavității bucale, parte mai puțin vizibilă în oglinda logopedică.

5.1.5. Softuri educaționale, aplicații și programe de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii

În continuare propunem o scurtă selecție de softuri educaționale, aplicații şi programe computerizate pentru vizualizarea particularităților vorbirii.

5.1.5.1. Softurile educaționale

Sub coordonarea doamnei conferențiar Anca Maria, la Departamentul de psihopedagogie specială au fost elaborate câteva softuri educaționale importante care pot fi utilizate cu succes în terapia logopedică.

Dintre acestea menționăm softul elaborat de Cernea (2007), intitulat „Valizele magice", acest soft permițând dezvoltarea abilităților de verbalizare, atenția şi memoria verbală. Softul presupune o serie de imagini ascunse în câteva valize, copilul trebuind să caute prin încercare şi eroare imaginea corespunzătoare stimulului sonor dat. Softul se adresează copiilor de vârstă preşcolară, dar poate fi adaptat pentru a fi utilizat chiar şi în terapia logopedică a şcolarilor.

Un alt soft educațional a fost elaborat de Roşca (2007). Acest soft s-a orientat pe evaluarea şi antrenarea abilităților fonologice şi a auzului fonematic. Softul este compus dintr-o parte de învățare şi o parte de evaluare. Se lucrează atât pe onomatopee, elemente

Scanned with OKEN Scanner

muzicale, cât şi pe cuvinte pentru dezvoltarea abilităților de percepere auditivă, atenție şi memorie auditivă, precum şi diferențiere auditivă. Acest soft poate fi utilizat cu eficiență în etapa pregătitoare a terapiei logopedice, la preşcolari şi şcolari.

De asemenea, trebuie menționat şi programul SIAC, program conceput ca un cadru global în care profesorul sau terapeutul poate pune material didactic şi îşi poate crea lecții/activități de intervenție cât mai variate. Eficiența programului pentru copiii cu dificultăți specifice de învățare a fost dovedită de către Talaş (2011), prin intermediul tezei de doctorat elaborată, teză intitulată „Utilizarea mijloacelor informatice în terapia tulburărilor limbajului scris", coordonată de prof. dr. Jurcău Nicolae.

Sub îndrumarea coordonatoarei Bodea Hațegan, a fost elaborat de studenta Pop (2013) un album logopedic computerizat, album care poate fi utilizat cu succes pentru modelarea pronunției, pentru analiza fonetico-fonologică, dar şi pentru dezvoltarea abilităților de scris-citit.

Specialişti din cadrul Asociației de Ştiințe Cognitive din România şi membri ai Facultății de Psihologie şi Ştiințe ale Educației, Universitatea Babeş-Bolyai, au elaborat un pachet de softuri educaționale menite să faciliteze achiziția literelor şi a cifrelor. Aceste softuri pot fi utilizate cu eficiență şi în terapia logopedică, chiar dacă nu au specificitate atât de crescută pentru acest domeniu[1].

5.1.5.2. Aplicații pentru sistemele mobile utile în terapia limbajului

În literatura de specialitate sunt uşor de identificat o serie de aplicații destinate dispozitivelor mobile cu sistem de operare iOS şi Android. Dintre acestea putem enumera următoarele: **SpeechCompanion Speech Therapy** de la Medando, creată pentru sistemul Android, **SmallTalk Oral Motor Exercises** de la Lingraphica, creată

[1] Vezi http://ascr.ro/

Scanned with OKEN Scanner

pentru sistemul iOS, **Free Candle**, creată pentru sistemul iOS de la Poets Road, Inc, **Magic Candle**, creată pentru sistemul Android, **Real Windmill** de la Compania Fox, creată pentru sistemul iOS, **Onomatopoeia Vocea Animalelor** de la Kidsopia este o aplicație disponibilă atât pentru sistemul iOS, cât şi pentru sistemul Android.

Toate aceste aplicații facilitează fie antrenarea efectivă a pronunției, fie antrenarea diferitelor subcomponente ale aparatului fonoarticulator (respirație, mobilitatea lingual ă etc.).

În literatura română o astfel de aplicație special adresată tulburărilor de pronunție este „Paşi prin lumea sunetelor!"[1], un instrument elaborat de conf. univ. dr. Carolina Bodea Hațegan şi lect. asociat dr. Dorina Talaş, departamentul de psihopedagogie specială, Facultatea de Psihologie şi Ştiințe ale Educației, Universitatea Babeş-Bolyai, cu sprijinul Cochlear România şi al ASTTLR (Asociația Specialiştilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România).

Aceasta este un material util atât specialiştilor în terapia tulburărilor de limbaj, cât şi părinților preocupați de modalități prin care pot contribui la dezvoltarea abilităților de pronunție ale propriilor copii.

Materialul imagistic şi lingvistic cuprins în această aplicație este structurat şi organizat după criterii logopedice. Astfel, fiecare sunet din inventarul limbii române este localizat la nivelul cuvintelor, în cele trei poziții de bază: poziție inițială, poziție mediană şi poziție finală. Excepție de la această regulă face repartizarea sunetului „ă" doar la nivelul a două cuvinte unde sunetul se află în poziție mediană şi finală, precum şi a sunetului „î/â" care este localizat doar în poziție inițială şi mediană.

Aplicația reuneşte o colecție de 79 de cuvinte şi imagini care permit evaluarea abilităților articulatorii ale copilului, precum şi notarea pronunției corecte, a omisiunii, distorsiunii sau substituirii/înlocuirii sunetului-țintă. Terapeutul sau părintele rulează aplicația alături de

[1] https://play.google.com/store/apps/details?id=ppls.pps.com.ppls

Scanned with OKEN Scanner

copil şi înregistrează răspunsurile copilului (corecte sau greşite). Aplicația oferă şi posibilitatea de a asculta înregistrarea sonoră a cuvântului reprezentat în imagine. Rezultatele sunt condensate într-un tabel care redă în procente, în funcție de diferite categorii clasificatorii ale sunetelor din limba română, performanța copilului. Aceste rezultate pot fi trimise pe o adresă de e-mail, ceea ce face posibilă reevaluarea şi compararea rezultatelor obținute la diferite intervale de timp.

5.1.5.3. Programe de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii[1]

Povel şi Arends (1991) precizează 4 motive pentru care metoda tradițională de abordare a tulburărilor de vorbire este limitată:

- nu oferă o imagine completă a activității articulatorii, cu atât mai puțin asupra celei coarticulatorii;
- o parte a sunetelor vorbirii ridică probleme de discriminare şi identificare datorită specificului articulării (loc, mod de articulare), probleme care nu pot fi depăşite tactil-kinestezic (în activitățile corectiv-compensatorii);
- feedbackul pe care terapeutul limbajului îl oferă este doar unul parțial, trunchiat, mai ales atunci când demersul terapeutic vizează persoane cu dizabilitate auditivă;
- nu există o relație de unu la unu între poziția organelor articulatorii şi sunetul care rezultă. Acelaşi sunet poate fi rezultatul mai multor combinații articulatorii — procesul coarticulării.

Pentru a permite derularea unui demers terapeutic care să asigure un feedback vizual s-a combinat tehnologia de decodificare a vorbirii (metoda Fourier) cu cea a utilizării imaginilor vizuale, ceea ce conduce la implementarea unor programe computerizate care permit vizualizarea particularităților acustice ale vorbirii (Rosetti,

---

[1] Subcapitolul „Programe de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii" a fost publicat pentru prima dată în volumul „Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție", volum apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat.

Scanned with OKEN Scanner

Lăzăroiu, 1982; Truxal, 1991). Aceste softuri computerizate permit investigarea eşantioanelor lingvistice orale prin stocarea, analiza, sinteza, manipularea şi crearea de imagini de înaltă calitate, privind particularităţile acustice ale pronunţiei şi vorbirii.

Utilizarea acestor programe computerizate presupune următoarele constrângeri (Coleman, 2005, Ertmer, 2004):

- pattern-urile vizuale trebuie să fie simple şi clare;
- pattern-urile vizuale trebuie prezentate în timp ce persoana vorbeşte (în timp real);
- aparatul/programul trebuie să fie uşor de folosit în sala de clasă sau în cabinetul de terapia limbajului.

Bodea Haţegan (2013) descrie şi exemplifică aplicaţii a două dintre programele care permit vizualizarea particularităţilor acustice ale vorbirii: *Praat* şi *Cool Edit Pro*.

Cool Edit Pro

Prin intermediul programului se poate vizualiza forma undei vorbirii şi reprezentarea spectrală a acesteia. Modalitatea cea mai semnificativă de vizualizare este **spectrograma** (grafic tridimensional care cuprinde variabilele: timp, frecvenţă şi intensitate)[1], Haţegan, 2010.

- Timpul este reprezentat de-a lungul axei orizontale, având ca unitate de măsură milisecunda.
- Frecvenţa este reprezentată de-a lungul axei verticale, în Hz.
- Intensitatea se vizualizează prin nuanţe cromatice.

Praat

Programul *Praat*, ca şi celelalte programe, permite vizualizarea particularităţilor acustice ale vorbirii în diferite modalităţi[2] (Haţegan, 2010):

- reprezentare pe frecvenţe;
- reprezentare spectrală;

1 http://uits.arizona.edu/sites/default/files/CoolEdit_User.pdf
2 http://www.fon.hum.uva.nl/praat/

Scanned with OKEN Scanner

– cohleogramă;
– spectrogramă.

Spre deosebire de Programul *Cool Edit Pro*, programul *Praat* permite generarea de spectrograme doar în nuanțe de alb/negru, iar nu color. Intensitatea sunetului este vizualizată prin intensitatea mai mare a culorii negre, „petele albe" de la nivelul spectrului corespund activității rezonatorii nazale. Atât *Cool Edit Pro*, cât şi *Praat* permit înregistrarea sunetelor mono şi stereo, într-un interval de frecvență cu valori între 0 şi 96 000 Hz, valoarea optimă indicată fiind cuprinsă în intervalul 0–5 000 Hz.

Vizualizarea particularităților acustice ale vorbirii prin utilizarea programelor computerizate oferă următoarele avantaje:

– poate furniza informații complexe cu privire la eşantioanele lingvistice selectate: înălțimea, frecvența fundamentală; intensitatea, timbrul; calitatea vocii dată de forma pulsului glotal şi de caracteristicile acestuia, pauze în vorbire; nazalizarea;
– facilitează filtrarea vorbirii (pot fi utilizate filtre în vederea corectării tulburărilor înregistrate);
– facilitează comparațiile intra- şi intersubiecți;
– completează feedbackul auditiv şi tactil-kinestezic cu informație vizuală;
– facilitează evaluarea şi reevaluarea, în vederea evidențierii progreselor, în sfera vorbirii;
– facilitează elaborarea programelor de intervenție bazate pe implicarea activă a persoanei cu tulburări de vorbire în procesul recuperator;
– obiectivizează demersul psihopedagogic, atât pe componenta de evaluare, cât şi pe cea de planificare a intervenției.

5.2. Demersul terapeutic

Întreg demersul terapeutic este structurat pe următoarele etape:

– etapa pregătitoare;
– etapa emiterii sunetului;

Scanned with OKEN Scanner

- etapa diferențierii izolate a sunetului emis;
- etapa consolidării sunetului;
- etapa diferențierii în silabe și cuvinte a sunetului;
- etapa automatizării sunetului.

Față de abordarea tradițională a demersului terapeutic (Guțu, 1974), propunem intercalarea etapei de consolidare și divizarea etapei de diferențiere a sunetului în două: etapa diferențierii izolate a sunetului nou-emis și etapa diferențierii la nivel de silabă și cuvânt a sunetului nou-emis. Considerăm că această abordare permite organizarea demersului terapeutic mult mai practic și funcțional.

5.2.1. Etapa pregătitoare

În etapa pregătitoare se evaluează și se dezvoltă acele deprinderi și abilități prerechizite pentru structurarea limbajului. Această etapă are o valoare extrem de importantă în demersul terapeutic și ea se exersează, practic, în fiecare activitate terapeutică.

Prin urmare, în terapia propriu-zisă terapeutul nu parcurge fiecare etapă secvențial, ci etapele sunt abordate simultan, de cele mai multe ori. Astfel, primele 5–15 minute din cadrul unei activități de terapie sau chiar și pe parcursul activității (atunci când copilul este obosit sau are nevoie de alt tip de activitate pentru a-i putea distrage atenția dintr-o sarcină mai dificilă care îi creează un sentiment de frustrare) pot fi dedicate antrenării abilităților prerechizite ale limbajului.

Exercițiile aferente etapei pregătitoare nu trebuie utilizate abuziv și exagerat. Prin urmare, dacă ne confruntăm cu o situație în care copilul are hipotonie musculară lingual, evident că în activitățile din etapa pregătitoare se insistă asupra acestui aspect, iar nu asupra motricității faciale sau labiale.

În etapa pregătitoare se abordează următoarele deprinderi și abilități detaliate de Bodea Hațegan (2013) în capitolele III și V ale volumului:

Scanned with OKEN Scanner

- motricitatea generală: educarea mersului, abilități de prindere, motricitatea degetelor, ritm corporal (gimnastică ritmică);
- motricitatea componentelor aparatului fonoarticulator (limbă, buze, maxilarul inferior [mandibulă], văl palatin), a musculaturii gâtului şi laringelui, a musculaturii faciale;
- respiratorii: respirație verbală, nonverbală;
- de percepție auditivă: atenție auditivă, memorie auditivă, procesări fonologice, conştiință fonologică, auz fonematic;
- lateralitate (stânga, dreapta, ambidextria);
- schemă corporală (pe propria persoană, pe o jucărie, pe o persoană aflată în față, pe imagini etc.);
- orientare spațio-temporală (spațiul proximal — sus, jos, lângă, aici; spațiul distal — în față, în spate, acolo; temporalitatea — azi, mâine, zilele săptămânii, anotimpurile, lunile anului, indicarea orei pe ceas etc.);
- de structurare senzorio-perceptivă (culoare, formă, textură, mărime).

5.2.2. Etapa emiterii sunetului

Această etapă se poate lucra în patru moduri diferite. Terapeutul optează pentru modul de emitere a sunetului în funcție de particularitățile de dezvoltare, de vârstă şi diagnostice ale cazului cu care lucrează.

De obicei se optează mai întâi pentru **emiterea spontană** a sunetelor (Guțu, 1974; Anca, 2005), în condițiile în care baza motorie şi senzorială a limbajului este adecvat pregătită. Emiterea spontană presupune utilizarea onomatopeelor sau a altor jocuri fonetice, poezioare, frământări de limbă care să faciliteze apariția sunetului-țintă. De exemplu, putem emite spontan sunetul „s", încercând să facem linişte în cameră.

Dacă prin această modalitate sunetele nu pot fi emise, se utilizează **metoda derivării** sunetului. Această metodă presupune că terapeutul emite cu copilul un sunet pe care acesta îl poate

Scanned with OKEN Scanner

pronunța și care are elemente comune cu sunetul pe care dorește să îl obțină. De exemplu, sunetul „m" poate fi derivat din sunetul „a" după următoarea procedură: copilul rostește prelungit sunetul „a" după care apropie maxilarele, reducând apertura cavității bucale și unind buzele, ceea ce conduce la apariția sunetului „m" (Guțu, 1974, Vrăşmaş și Stănică, 1997).

Dacă în urma metodelor utilizate mai sus copilul nu poate emite sunetul dorit, se poate opta pentru utilizarea **metodei demonstrative.** Această metodă presupune că terapeutul îi demonstrează copilului, prin oferirea unui model articulator corect, pronunția sunetului-țintă. Modelul este de dorit a fi oferit în fața oglinzii logopedice, copilul fiind solicitat ca prin imitare să reproducă modelul oferit.

Pentru a putea fi utilizată această metodă este nevoie ca terapeutul să poată oferi un model articulator corect, adică să nu prezinte el însuși tulburări de pronunție.

Metoda demonstrației se utilizează, de cele mai multe ori, îngemănat cu **metoda ortofonică.** Metoda ortofonică presupune că terapeutul oferă copilului indicații precise legate de caracteristicile articulatorii ale sunetului-țintă. În funcție de vârstă și particularitățile diagnostice, aceste indicații pot fi oferite verbal, pot fi oferite cu ajutorul planşelor cu profilurile de pronunție sau cu ajutorul softurilor computerizate, pot fi oferite prin utilizarea spatulelor logopedice. De exemplu, pentru emiterea sunetului „r" prin metoda ortofonică, terapeutul oferă următoarele indicații: la nivelul corzilor vocale apare vibrația (poate fi indicată vibrația prin palparea gâtului), la nivelul cavității bucale limba este poziționată în spatele incisivilor superiori, marginile limbii fiind strâns lipite de dinți, în timp ce pe mijlocul limbii se delimitează un șanț prin care se scurge aerul din cavitatea bucală, vârful limbii este liber, pentru a putea să execute două-trei mişcări de lipire și dezlipire succesive

Scanned with OKEN Scanner

de partea anterioară a palatului dur, ceea ce conduce la apariția vibrațiilor de la nivelul limbii. Vălul palatin este în poziție ridicată, blocând scurgerea aerului prin cavitatea nazală, ceea ce înseamnă că sunetul este unul oral (se articulează la nivelul cavității bucale, fără participarea cavității nazale), Guțu, 1974.

DE REȚINUT!

În terapia logopedică sunetul distorsionat nu este corectat, se emite un sunet nou corect! Astfel, demersul logopedic este mai scurt și mai eficient (Guțu, 1974).

5.2.3. Etapa diferențierii sunetului izolat

Această etapă se parcurge imediat după ce sunetul-țintă a fost emis. Diferențierea sunetului nou-emis de celelalte sunete din inventarul limbii române se realizează după regula „la fel sau diferite", în următoarea ordine: mai întâi sunetul nou emis se diferențiază de sunetele foarte diferite (de exemplu: consoana „s" se diferențiază mai întâi de vocala „a"), apoi de sunete mai apropiate (de exemplu: consoana „s" se diferențiază de consoana „b"), după care se diferențiază de sunete din aceeaşi clasă (de exemplu: consoana „s" se diferențiază tot de o fricativă „v"), iar în final se diferențiază de sunetul din aceeaşi subclasă, chiar sunetul pereche (de exemplu: consoana „s" se diferențiază de şuierătoarea „ş", pentru ca în final să fie diferențiat de siflanta pereche „z").

Etapa diferențierii sunetului izolat este parcursă în acelaşi timp cu etapa următoare din terapia logopedică, şi anume cu etapa consolidării sunetului nou-emis.

5.2.4. Etapa consolidării sunetului nou-emis

Această etapă presupune o pricepere crescută a logopedului în a elabora fişe de lucru care să conțină diferit material lingvistic (vezi astfel de liste la nivelul site-ului http://www.corectarealimbajului.ro/). În această etapă se lucrează mult cu discul logopedic.

Scanned with OKEN Scanner

Materialul lingvistic utilizat este de tipul silabelor (închise şi deschise), alăturări de sunete fără semnificație (pseudocuvinte sau logatomi) şi cuvinte. De exemplu, pentru consolidarea sunetului „f", logopedul utilizează liste cu silabele deschise alcătuite din două sunete („fa, „fe", „fi", „fo", „fu", „fă", „fî"), liste cu silabe închise alcătuite din două sunete („af", „ef", „if", „of", „uf", „ăf", „îf"), liste cu silabe alcătuite din trei sunete („afa", „efe", „ifa", „fea", „ufă" etc.), liste cu grupuri de sunete complexe fonologic („fr", „fl", „sf" etc.), liste cu structuri lingvistice cu sau fără semnificație, bisilabice („fată", „fazan", „fugar", „aful", „gufan" etc. — **se recomandă utilizarea cuvintelor bisilabice înaintea monosilabicelor din cauza efortului articulator şi coarticulator mai scăzut**), liste cu structuri lingvistice cu sau fără semnificație, monosilabice („fag", „fin", „fus", „uf", „cuf", „fuj" etc.), liste cu structuri lingvistice cu sau fără semnificație plurisilabice („franzelă", „afumat", „funingine", „filizan", „cufujan" etc.), liste cu structuri lingvistice cu sau fără semnificație care conțin grupurile de sunete complexe fonologic în care apare şi sunetul-țintă („floare", „flaut", „află", „frunză", „sfadă", „sfat", „flis", „sfud" etc.).

5.2.5. Etapa diferențierii sunetului-țintă la nivel de silabe și cuvinte

În această etapă se diferențiază sunetul consolidat în silabe şi cuvinte, urmându-se aceeaşi ordine ca în etapa diferențierii sunetului izolat: mai întâi sunetul nou consolidat se diferențiază la nivel de silabe şi cuvinte foarte diferite (de exemplu consoana „s" se diferențiază mai întâi în grupuri de silabe de tipul „sa-ei" sau cuvinte de tipul „sare-ac"), apoi în silabe şi cuvinte mai apropiate din punct de vedere fonetic (de exemplu consoana „s" se diferențiază în grupuri de silabe de tipul „sa-fa" sau cuvinte „sar-far"), după care se diferențiază în silabe şi cuvinte construite din sunete din aceeaşi subclasă (de exemplu consoana „s" se diferențiază în silabe de tipul „sa-ze" şi cuvinte de tipul „sar-zar"). Silabele şi cuvintele

Scanned with OKEN Scanner

de tipul paronimelor sunt materialele lingvistice cel mai important de lucrat în această etapă.

5.2.6. Etapa automatizării sunetului

Sunetul nou-emis se automatizează la nivel de structuri lingvistice mai mari decât cuvântul. Această etapă are o importanță deosebită pentru structurarea abilităților de comunicare funcțională. Terapia logopedică nu poate fi întreruptă fără parcurgerea acestei etape deoarece în lipsa acesteia sunetul nou-emis nu este generalizat în vorbirea spontană, naturală.

Automatizarea sunetului se realizează la nivelul:

- propozițiilor simple şi dezvoltate (de exemplu, sunetul „d" se poate automatiza în propoziții solicitând copilului să descrie dinozaurul dintr-o imagine: „Dinozaurul este de culoare verde"; „Dinozaurul este erbivor" etc.);
- poezioarelor şi cântecelelor (de exemplu, sunetul „r" este automatizat în cântecelul „Oac, oac, diri, diri, dam");
- frământărilor de limbă (de exemplu sunetele „s" şi „ş" sunt automatizate în structuri precum „Şase saşi, în şase saci");
- vorbirii spontane (de exemplu sunetul „ț" se poate automatiza prin utilizarea metodei abordării naturale a conversației (Anca, 2000; Bodea Hațegan, 2014) pornind de la o imagine care antrenează discuția, iar în vorbirea automată, spontană, pot să apară şi cuvinte care conțin sunetul-țintă. Desigur că terapeutul poate dirija conversația pentru a se asigura că sunetul-țintă va fi pronunțat de copil.

5.3. Demersuri de diagnosticare și intervenție în sigmatism/parasigmatism și rotacism/pararotacism

Dintre tulburările dislalice, sigmatismul şi rotacismul sunt cel mai frecvent întâlnite în practica logopedică (Anca, 2005).

Scanned with OKEN Scanner

5.3.1. Sigmatismul/parasigmatismul

Această tulburare dislalică presupune pronunțarea distorsionată, omiterea sau înlocuirea sunetelor s, ş, ț, z, j, ğ şi č în vorbire după vârsta la care pronunția deficitară a acestor sunete este considerată fiziologică. Legat de această vârstă, literatura de specialitate oferă diferite puncte de vedere. Considerăm că vârsta de 3 ani poate fi un important reper, pentru a nu prelungi foarte mult perioada în care nu se intervine, iar apoi, atunci când se intervine, tulburarea cedează foarte greu.

Mecanismul articulator al acestor sunete presupune o mobilitate crescută a limbii, care trebuie să fie în poziție ridicată în spatele incisivilor superiori (pentru s, z, ț), anteropalatal (pentru ş, j) şi mediopalatal (pentru ğ şi č), a buzelor care trebuie să fie poziționate aproape neutral (pentru ț), cu comisurile bucale retractate (pentru s, z) şi rotunjite/țuguiate (pentru ş, j, ğ şi č). Toate sunetele sunt orale, prin urmare vălul palatin trebuie să fie ridicat, obturând astfel trecerea aerului prin cavitatea nazală. La unele participă corzile vocale (z, j, ğ), iar la altele nu participă corzile vocale (s, ş, č, ț).

Având în vedere acest mecanism articulator, posibilele cauze ale sigmatismului şi parasigmatismului sunt (Guțu, 1974; Vrăşmaş şi Stănică, 1997; Anca, 2005):

- tulburări organice sau deficit funcțional la nivel lingual:
  - limba hipertonică poate conduce la apariția **sigmatismului addental** (această tulburare presupune articularea sunetelor s, ş, ț, z, j, ğ şi č foarte rigid, cu limba tasată de incisivii superiori, ceea ce conduce la pronunția distorsionată a acestora);
  - macroglosia sau limba hipotonică poate conduce la apariția **sigmatismului interdental** (această tulburare presupune articularea sunetelor s, ş, ț, z, j, ğ şi č cu limba plasată interdental). **În contextul interdentalizării, trebuie să se intervină încă de la primele semne, indiferent de vârstă!**

Scanned with OKEN Scanner

- pareza muşchiului hipoglos sau hipotonia linguală poate conduce la apariţia **sigmatismului lateral** (această tulburare presupune articularea lateralizată a sunetelor s, ş, ţ, z, j, ğ şi č). **Dacă apare pareză la nivelul muşchiului hipoglos, diagnosticul mai corect este de dizartrie.**

– tulburări organice sau deficit funcţional la nivel labial:
  - prognatismul sau despicătura labio-palatină anterioară poate conduce la apariţia unui **sigmatism palatal** (când limba este poziţionată/retractată mult prea palatal);
  - prognatismul sau disfuncţionalitatea mişcărilor maxilarului superior poate conduce şi la apariţia **sigmatismului labio-dental** (această tulburare presupune articularea sunetelor s, ş, ţ, z, j, ğ şi č asemănătoare cu sunetul f).
– tulburări organice sau funcţionale la nivel de văl palatin, faringe şi laringe:
  - despicătura palatină şi velară sau disfuncţionalitatea musculaturii velare poate conduce la apariţia **sigmatismului nazal** (în producerea sunetelor s, ş, ţ, z, j, ğ şi č unda de aer străbate şi cavitatea nazală);
  - disfuncţionalitatea musculaturii velare, prezenţa vegetaţiilor adenoide pot conduce la apariţia **sigmatismului faringian** (sunetele s, ş, ţ, z, j, ğ şi č sunt articulate răguşit din cauza vibrării peretelui faringian);
  - disfuncţionalitatea laringiană sau pareza laringiană poate conduce la apariţia **sigmatismului laringian** (în producerea sunetelor s, ş, ţ, z, j, ğ şi č participă mai mult epiglota, rezultând un sunet pufăit).
– tulburări respiratorii sau de coordonare a scurgerii aerului prin cavitatea bucală:
  - suflul respirator mult prea intens, jgheabul de scurgere a aerului prea mic sau distanţa dintre incisivi prea mare pot conduce la apariţia **sigmatismului şuierat.**

Scanned with OKEN Scanner

- suflul respirator foarte slab, disfuncționalitatea corzilor vocale pot conduce la desonorizarea sunetelor sonore (z, j, ğ).

– tulburările de receptare auditivă (atenție auditivă, memorie auditivă, abilitățile deficitare de diferențiere auditivă) pot conduce la apariția **parasigmatismului (această tulburare presupune înlocuirea sunetelor „s, ş, ţ, z, j, ğ şi č" cu alte consoane „h, f, v, t, d").**

Dizabilitatea auditivă, bilingvismul, carențele educaționale, imitarea tulburărilor articulatorii din mediu pot conduce la apariția oricărora dintre formele de sigmatism şi parasigmatism prezentate mai sus detaliat.

Diagnosticarea formelor de sigmatism şi a parasigmatismului presupune utilizarea fişei de producere izolată a sunetelor, a albumului logopedic, a fişelor care conțin material lingvistic, a alfabetarului magnetic, a metodei abordării naturale a conversației îngemănate cu metoda analizei mostrelor de limbaj, a programelor computerizate şi aplicațiilor care permit evaluarea abilităților articulatorii. Pentru corecta diagnosticare trebuie să se excludă dizabilitatea cognitivă, tulburarea neuromotorie, tulburările de comportament şi emoționale, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tulburările pervazive de dezvoltare, ceea ce înseamnă că se solicită evaluare medicală, psihologică şi neurologică de specialitate. În contextul în care cauza unei tulburări de pronunție este o dizabilitate auditivă, se solicită şi examinare audiologică sau ORL de specialitate.

Demersul de intervenție se poate structura sub forma unui program terapeutic complex de intervenție, dar şi sub forma unor activități didactico-terapeutice. Programul terapeutic complex de intervenție poate fi transpus în activități didactico-terapeutice. În cele ce urmează prezentăm câteva modele de astfel de demersuri de intervenție.

Scanned with OKEN Scanner

PROGRAM TERAPEUTIC COMPLEX DE INTERVENȚIE
(preluat și adaptat după Bodea Hațegan, 2013)

Diagnosticul: SIGMATISM ȘI PARASIGMATISM
Vârsta: 4–6 ani

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
1. Etapa pregătitoare	– evaluarea nivelului preachizițiilor (structuri senzorio-perceptive; schemă corporală, lateralitate, orientare spațio-temporală); – stimularea structurării preachizițiilor;	În această primă etapă se stabilește nivelul preachizițiilor, cu certe implicații asupra structurării limbajului oral și scris (Rondal, 1991 apud Anca, 2005). Dacă nivelul preachizițiilor nu este corespunzător vârstei, sunt derulate activități de stimulare și dezvoltare a acelor preachiziții încă deficitar structurate. Structurarea preachizițiilor este determinată de funcționarea cognitivă, precum și de factori contextuali și de mediu. Prin urmare, evaluarea preachizițiilor țintește și aceste aspecte.	– exerciții pentru denumirea și identificarea culorilor și formelor geometrice; – activități de diferențiere a structurilor antonimice (mic-mare, sus-jos, tare-moale etc.); – exerciții de diferențiere a simetricului de identic; – activități de denumire a părților corpului, a acțiunilor care pot fi realizate cu acele părți ale corpului; – exerciții de identificare a părților corpului denumite mai întâi pe propria persoană, pe o altă persoană sau pe păpușă, iar apoi într-o reprezentare imagistică bidimensională; – exerciții de completare de imagini lacunare cu părți ale corpului; – jocuri de asociere a părților corpului cu obiectele de îmbrăcăminte corespunzătoare și cu anotimpul aferent; – exerciții de identificare a pozițiilor spațiale: „stânga-dreapta", „în față — în spate", „lângă", „pe", „sub", „în"; – exerciții de identificare a mâinii stângi, urechii drepte etc.; pe propria persoană, pe partenerul cu care se află față în față (în oglindă);	– creioane colorate; – obiecte colorate diferit și de mărimi diferite; – forme geometrice; – planșe cu părți ale corpului; – fișe pentru evaluarea și stimularea achizițiilor privind culorile, părțile corpului, formele geometrice etc.; – imagini aferente structurilor lingvistice antrenate; – păpuși; – jocul „Manechinul"; – aplicații iOS și Android; – testul „Desenează o persoană" (Goodenough); – teste pentru evaluarea lateralității (Piaget-Head) (Vrășmaș, Stănică, 1997);

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
		În cazul intervenției timpurii, în această etapă se stabilește nivelul de dezvoltare al copilului din punct de vedere senzorio-motor și se intervine la nivelul aspectelor deficitar structurate. Nevoia adaptării întregului demers specificului cazului este evidentă.	– exerciții de efectuare de sarcini complexe, prin care se demonstrează capacitatea integratoare de utilizare în context a preachizițiilor (de exemplu: Cu mâna stângă ridică cana verde de pe masă).	– proba de evaluare a vârstei psihologice a limbajului (adaptată după Alice Descoeudres) (Vrășmaș, Stănică, 1997); – cuburile Kohs (Kulcsar, Preda, 1977; Preda, 1997); – testul Matrici progresive colorate Raven; – proba Reversal (Preda, 1997).
	– dezvoltarea conduitelor motorii de bază (mersul, prehensiunea, pensa digitală, mișcările de pronație și supinație);	Componenta de motricitate generală este vizată la acest nivel, componentă care asigură baza pentru dezvoltarea abilităților fonoarticulatorii. Ritmul corporal aflat în relație directă cu ritmul vorbirii este cu predilecție vizat. Componenta de motricitate generală este reluată în momentul în care sunt desfășurate activități de gimnastică respiratorie.	– exerciții pentru educarea mersului (tipuri de mers — mersul soldățelului, mersul piticului, mersul ursului, mersul iepurașului etc.); – exerciții pentru antrenarea motricității generale (picioare, brațe, trunchi); – exerciții de redare a alfabetului corporal (Fătu Zelma, 1969); – exerciții pentru antrenarea grupelor musculare ale mâinilor; – exerciții pentru antrenarea mișcărilor complexe ale brațului și antebrațului; – exerciții pentru educarea ritmului corporal; – exerciții de asociere a ritmului corporal cu emisii verbale corespunzătoare; – exerciții de reproducere și generare de structuri ritmate prin: mișcări ale corpului, utilizarea diverselor jetoane, reprezentări grafice etc.; – metoda grafismului fonetic și a desenului discursului (Anca, 2000); – exerciții de antrenare în vederea achiziției scrisului (formarea pensei digitale, redarea reprezentării grafice după model, desen, dactilopictură, pictură etc.).	– muzică; – cântecele pentru copii; – jetoane colorate; – fișe de lucru; – bazin cu bile; – cameră de stimulare multisenzorială activă și pasivă; – coardă elastică; – mingi; – instrumente de scris; – instrumente pentru pictură și dactilopictură; – bazine cu apă; – alte obiecte utilizate în sala de sport sau cabinetul de kinetoterapie.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– antrenarea musculaturii buzelor, feței, limbii, mandibulei, vălului palatin (dacă este cazul);	Se lucrează antrenarea grupelor musculare implicate în procesul articulator și fonator. Se insistă asupra creșterii tonusului muscular, asupra creșterii elasticității și flexibilității grupelor musculare, în vederea asigurării unei baze articulatorii funcționale.	– exerciții pentru antrenarea musculaturii buzelor, feței, limbii, mandibulei, vălului palatin; – demonstrația în fața oglinzii logopedice; – problematizarea exercițiilor în vederea îmbunătățirii autocontrolului.	– planșe, imagini, mulaje; – profiluri articulatorii; – cântecele și poezioare; – aplicații iOS/Android – softuri educaționale; – fișa logopedică; – oglinda logopedică.
	–antrenarea atenției auditive;	Se antrenează capacitatea copilului de a identifica sursa sonoră, de a diferenția stimulii auditivi și de a-i identifica. Această componentă este extrem de importantă mai ales în contextul parasigmatismului.	– exerciții de identificare a sursei sonore; – exerciții de localizare a sunetelor; – exerciții de diferențiere a stimulilor auditivi (din game de frecvențe foarte diferite și din game de frecvențe apropiate); – jocul „Cine te-a strigat pe nume?"; – jocul „Baba oarba!".	–stimuli auditivi; – obiecte care produc sunete; – înregistrări audio; – instrumente muzicale.
	–antrenarea memoriei verbale;	Memoria verbală reprezintă o componentă importantă care asigură capacitatea de receptare și stocare a stimulilor verbali. Aceasta are un rol important și în procesarea succesiunii sunetelor la nivel de cuvânt, a cuvintelor la nivel de propoziție și a propozițiilor la nivel de text. Memoria verbală este direct relaționată cu abilitățile de organizare temporală, precum și cu abilitățile de procesare fonologică.	– exerciții de reprodus serii de sunete, direct (în ordinea dată, de la primul element la ultimul) și indirect (în ordinea inversă dată, de la ultimul element la primul); – exerciții de reprodus serii de silabe, direct și indirect; – exerciții de reprodus cuvinte cu și fără semnificație; – exerciții de reprodus sintagme și propoziții audiate; – exerciții de repovestire a unei povești; – jocuri de ordonare a imaginilor prin care se prezintă un eveniment în mod cronologic; – exerciții de memorare a unor scurte poezii și cântecele.	– liste de sunete, silabe, cuvinte propoziții; – texte; – cărți de povești; – povești în imagini; – cărți cu cântecele și poezii; – înregistrări audio-video.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– antrenarea abilităților perceptiv-auditive (ale procesării fonologice, ale auzului fonematic);	Antrenarea abilităților auditiv-verbale și a abilităților de procesare fonologică (conștiință fonologică, conștiință fonematică, auz fonematic) asigură pregătirea componentei senzoriale a limbajului. Propunem în această etapă utilizarea unei serii de metode și procedee specifice terapiei auditiv-verbale și antrenamentelor auditive, racordând perspectiva terapeutică propusă la cea vehiculată în spațiul francofon, unde domeniul logopedic se întrepătrunde cu cel ortofonic.	– exerciții de detecție, discriminare, identificare și comprehensiune cu foneme, cuvinte, sintagme și propoziții; – activități de denumire a animalului corespunzător structurii onomatopeice audiate; – exerciții de diferențiere a sunetelor din natură; – exerciții de discriminare și identificare a vocilor umane (voce de copil, voce de femeie, voce de bărbat, voci familiare vs. voci nefamiliare); – exerciții de diferențiere și identificare a diferitelor instrumente muzicale (tobă, clopoței, xilofon, trianglu, fluier, pian, acordeon); – exerciții de diferențiere fonematică (structuri paronimice); – jocul „Deschide urechea bine"; – jocul „Telefonul fără fir"; – metode de antrenament auditiv adaptate fiecărui caz particular (metoda abordării naturale a conversației, metoda maternal reflectivă MRM, metoda stimul-răspuns, metoda moderat-structurată), Anca, 2000; – tehnici specifice terapiei auditiv-verbale.	– proba GASP (Anca, 2003); – softuri educaționale (soft pentru antrenarea auzului fonematic, softul ECHO, Valizele Magice–Hațegan, 2007 etc.); – cântecele și poezioare; – fișe de lucru; – liste cu structuri onomatopeice; – liste cu structuri lingvistice construite pe principiul perechilor minimale; – instrumente muzicale; – audiometru.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– diferențierea respirației orale de cea nazală;	Se insistă asupra conștientizării caracterului nazal al pronunției și asupra diferențierii dintre respirația orală de cea nazală. Pentru a facilita derularea exercițiilor se recurge și la presarea cu degetele a narinelor pentru a bloca scurgerea aerului prin cavitatea nazală și pentru a facilita comparația.	– exerciții de dirijare a scurgerii undei de aer prin cavitatea orală și cea nazală; – demonstrația; – comparații pe baza înregistrărilor audio, bazate pe tehnica biofeedbackului; – problematizarea.	– reportofon (sau alte mijloace de înregistrare audio-video); – planșe, imagini, mulaje.
	– creșterea volumului respirator;	Se lucrează exerciții de respirație în vederea creșterii volumului respirator și a materializării respirației costo-abdominale (o respirație puternică).	– exerciții de inspir și expir în poziție culcat pe spate; exercițiul se complică prin așezarea unor mici greutăți pe abdomenul persoanei, în vederea asigurării creșterii volumului respirator și a asigurării respirației profunde; – exerciții de inspir și expir în poziție șezând; – exerciții de inspir și expir nonverbal, în poziție verticală; – exerciții de suflat în diferite instrumente muzicale; – exerciții de gimnastică respiratorie.	– înregistrări audio (muzică, poezii); – instrumente muzicale de suflat (fluier, trompetă, flaut, nai etc.); – spirometru; – baloane; – jocul „Turbino" etc.; – aplicația Magic Candle;

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– creșterea preciziei respiratorii;	În vederea atingerii acestui obiectiv se antrenează capacitatea de dozare corespunzătoare a inspirului și expirului, în raport cu un context anume. Aceste abilități sunt necesare în vederea asigurării trecerii de la respirația nonverbală la respirația verbală.	– exerciții de suflat pentru stingerea unei lumânări, a unui chibrit și de menținere a flăcării lumânării; – exerciții de suflat pentru a face balonașe de săpun, a menține balonașele în aer, a face valuri mai mari sau mai mici într-un recipient cu apă, a orienta o bărcuță de hârtie pe apă etc.; – exerciții de inspir și expir în funcție de bătăile unui metronom (mai întâi într-un ritm monoton, apoi într-un ritm accelerat, apoi într-un ritm încetinit).	– lumânare, chibrit; – balonașe de săpun; – recipient cu apă; – bărcuță sau alte obiecte confecționate din hârtie; – metronomul.
	– prelungirea expirului în respirația verbală;	În această etapă se urmărește diferențierea respirației nonverbale de cea verbală. Principalul aspect diferențiator este cel care privește prelungirea expirului în timpul respirației verbale, spre deosebire de situația în care inspirul și expirul sunt la fel de extinse temporal, în timpul respirației nonverbale. Dacă sunt atinse obiectivele de mai sus, copilul poate să prelungească expirul având și un volum respirator mai mare, dar și o forță și o precizie respiratorie mai substanțiale.	– pentru a se asigura prelungirea expirului se începe rostirea prelungită a sunetului vocalic „a" pe o singură respirație. Se fac exerciții de articulare prelungită a sunetului „a" și articulare scurtă, o singură dată, fie pe o singură respirație, fie pe mai multe; – se lucrează apoi exerciții în același fel cu alte foneme vocalice și consonantice (doar acele foneme consonantice ce pot fi prelungite — fricativele, africatele); – exercițiile se complică prin utilizarea silabelor, cuvintelor, sintagmelor și propozițiilor; – pentru a demonstra atingerea obiectivului, respirația verbală trebuie să fie funcțională, atunci când sunt lecturate expresiv texte; – problematizarea poate fi o metodă importantă de lucru atunci când copiii cu care se lucrează dau dovadă de înțelegerea aspectelor particulare ale abilităților lor respiratorii și articulatorii.	– oglinda logopedică; – fișe de lucru; – liste cu material imagistic și verbal; – colecții de texte literare — nonliterare; – poezioare; – cântecele; – alfabetar magnetic.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
2. Etapa de emitere a noului sunet	– formarea bazei de articulare pentru sunetele s, ș, j, z, ț, ğ, č;	– emiterea spontană a sunetelor vizate; – emiterea prin demonstrație și imitare a sunetelor vizate; – derivarea sunetelor vizate din alte sunete; – descrierea mecanismului articulator ortofonic având în vedere nivelul de înțelegere al copilului.	– se utilizează onomatopee: pentru „s" (imităm cum facem liniște), pentru „ș" (imităm șarpele), pentru „j" (imităm vântul), pentru „z" (imităm albina), pentru „ș" (imităm mersul trenului), pentru „ț" (imităm sunetul scos de telefon țîrrrr), pentru „ğ, č" (imităm strănutul- hapciu) etc.; – exerciții de demonstrație a articulării sunetelor în mod corect; – problematizarea articulării sunetelor prin descrierea mecanismului articulator și compararea acestora; – exerciții de emitere a sunetului-țintă pornind de la un sunet deja automatizat în vorbire. Astfel, sunetul „ș" se poate deriva din „s" prin rostirea unui „s" prelungit în timp ce buzele se rotunjesc. Pentru controlarea mișcării de rotunjire se păstrează dosul palmei în fața cavității bucale, iar în momentul când aerul rece aferent emiterii lui „s" se încălzește (necesar în emiterea lui „ș"), atunci rotunjirea și derivarea au fost cele scontate. Sunetul „j" se derivă din sunetul „ș" prelungit și retragerea limbii spre partea mediană a palatului. Sunetul „z" se obține prin pronunția prelungită a sunetului „s" în timp ce se palpează laringele terapeutului care începe să vibreze, ceea ce duce la apariția lui „z". Copilul face același lucru prin imitare și autocontrol. Sunetul „ț" se derivă din pronunția separată a sunetului „s" și a sunetului „ț", distanța dintre cele două sunete este la început mai mare, apoi se reduce treptat până apare spontan sunetul „ț". Sunetele „ğ" și „č" sunt derivate de la sunetele „j" și „ș" prin rostirea prelungită a acestora în timp ce vârful limbii este retras înspre porțiunea mediană a palatului.	– profilurile de pronunție; – oglinda logopedică; – spatulele logopedice; – softuri educaționale; – aplicații iOS/Android.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
3. Etapa de diferențiere izolată a noului sunet	– diferențierea sunetelor cu loc de articulare comun; – diferențierea sunetelor sonore de cele surde; – diferențierea sunetelor în funcție de mecanismul de producere. – diferențierea sunetului-țintă de sunetul pereche (dacă este cazul). Perechile de sunete sunt: s-z, ș-j, č-ğ. Sunetul „ț" nu are pereche decât în vorbirea dialectală — pe „dz".	După constituirea bazei articulatorii corecte și emiterea sunetelor deficitare se urmărește diferențierea sunetelor izolate pe următoarele criterii: surde vs. sonore; sunete cu loc de articulare comun vs. sunete cu loc de articulare diferit, sunete cu mecanism articulator fricativ vs. exploziv vs. sunete africate.	– exerciții de diferențiere auditivă a sunetelor-țintă. Sarcina copilului este de a indica dacă sunetele sunt identice sau diferite. Se diferențiază sunetul-țintă de sunete foarte diferite (de exemplu, „s" de „a"), de sunete asemănătoare ca sonoritate (de exemplu „s" de „p"), de sunete asemănătoare ca loc de articulare (de exemplu „s" de „n"), asemănătoare ca mecanism de producere (de exemplu „s" de „j"), de sunetul pereche (pentru „s" sunetul pereche este „z").	– oglinda logopedică; – liste cu sunete cu mod de articulare comun și diferit; – liste cu sunete surde și sonore; – liste cu sunete cu loc de articulare comun și loc de articulare diferit;
4. Etapa de consolidare a sunetului	– formarea abilităților coarticulatorii;	În această etapă se urmărește consolidarea sunetelor emise și dezvoltarea abilităților coarticulatorii. Se încearcă diversificarea contextelor coarticulatorii, prin aplicarea criteriului fonematic, în selecția materialului lingvistic propus spre antrenare.	– exerciții de consolidare a sunetelor emise în silabe (se lucrează mai întâi silabele închise — de exemplu „us", „eș", „aț"; apoi silabele deschise — de exemplu „je", „zi", „cia", silabele alcătuite din trei membri — de exemplu „eze", „işe", „uțe"); – exerciții de consolidare a sunetelor în cuvinte; imediat ce se coarticulează corect o anumită structură silabică, aceasta va fi poziționată apoi într-un cuvânt și antrenată; – exerciții de consolidare a sunetelor la nivelul logatomilor (prin eliminarea semnificației se permite focalizarea asupra abilităților fonoarticulatorii).	– oglinda logopedică; – softuri educaționale; – liste cu silabe, cuvinte, logatomi selectați în baza criteriului fonematic; – album logopedic; – profiluri articulatorii; – discul logopedic.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
5. Etapa de diferențiere la nivel de silabă și cuvânt a noului sunet	– diferențierea silabelor și cuvintelor structurate pe baza principiului perechilor minimale;	Perechile minimale reprezintă acele două structuri lingvistice care se deosebesc ca trăsătură sonoră datorită unui singur sunet, sunet pe care îl numim fonem (Anca; Hațegan, 2008). În planul semnificației cele două cuvinte au sensuri total diferite. Această tehnică se utilizează în vederea identificării fonemelor dintr-o limbă. În terapia logopedică, tehnica se utilizează în vederea dezvoltării abilităților de procesare fonologică, cu impact direct asupra structurării abilităților lingvistice orale și a scris-cititului. Această etapă are o valoare foarte importantă în terapia parasigmatismului.	– exerciții de diferențiere a sunetelor-țintă în pereche cu alte sunete din inventarul sunetelor limbii române la nivelul silabelor, cuvintelor și logatomilor; – jocul „Deschide urechea bine"; – exerciții de analiză și sinteză fonematică; – jocul „Telefonul fără fir"; – exerciții de identificare și asociere a cuvântului rostit cu imaginea corespunzătoare; – exerciții cu paronime (sare-zare, cine-ține, sine-șine etc.); – exerciții cu omografe — se face diferențierea accentuat-neaccentuat, focalizând asupra valorii fonologice a accentului, dar și asupra celei morfologice — „zări" (substantiv) vs. „zări" (verb) (Săteanu, 1978).	– jocuri; – softuri educaționale; – oglinda logopedică; – discul logopedic; – albumul logopedic; – liste cu material lingvistic.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
6. Etapa de automatizare	– dezvoltarea abilităților de comunicare prin automatizarea sunetelor în vorbirea spontană, naturală. – generalizarea abilităților de articulare a sunetelor-țintă în structuri lingvistice specifice limbii române.	Se urmărește creșterea nivelului inteligibilității vorbirii, dezvoltarea abilităților sociale și dezvoltarea tuturor celor patru subcomponente ale competenței comunicaționale: componenta de ascultător, componenta de vorbitor, componenta de scriptor și componenta de cititor (pe cele două axe combinate: producerea și receptarea mesajelor orale și scrise; Pamfil, 2003; Hațegan, 2009). Etapa automatizării presupune generalizarea articulării sunetelor-țintă în contexte coarticulatorii specifice limbii române, în mod spontan, natural, fără efort voluntar și energie consumată în vederea autocontrolului.	– exerciții de antrenare a sunetelor emise în propoziții și texte (discurs); – jocuri de rol, în vederea dezvoltării abilităților conversaționale și sociale; – jocuri cu frământări de limbă; – recitare și reproducere după model a unor poezii, cântecele; – repovestirea unor întâmplări, a unui film, a unei povești citite; – continuarea unei povești prin găsirea celui mai potrivit final; – exerciții de antrenare a abilităților verbale prin citirea și găsirea soluției ghicitorilor; – exerciții de construire de propoziții și texte pe baza unor indicații; – povestirea după imagini; – compuneri libere (orale sau/și scrise); – exerciții de citire a unor cuvinte, propoziții, texte.	– albumul logopedic; – fișe de lucru; – liste cu material lingvistic; – probe de evaluare a abilităților comunicaționale orale și scrise; – cărți de povești; – jocuri; – povești în imagini; – cărți cu poezii și cântecele.

Scanned with OKEN Scanner

Rotacismul este o tulburare de pronunție care constă în articularea deficitară a sunetului „r", distorsionându-l, omițându-l, în timp ce pararotacismul este o tulburare de pronunție a sunetului „r" caracterizată prin înlocuirea acestuia cu alte sunete (cel mai adesea cu sunetul „l" sau sunetul „i").

Mecanismul articulator al sunetului „r" este (Anca, 2005): aerul se scurge din plămâni, trece prin bronhii, trahee şi ajunge în laringe, unde corzile vocale se află în poziție apropiată, le loveşte, acestea încep să vibreze, ceea ce înseamnă că sunetul „r" este un **sunet cu voce/sonor**. Apoi aerul străbate cavitatea faringiană, ajungând în cavitatea bucală. Vălul palatin este în poziție ridicată, blocând scurgerea aerului şi prin cavitatea nazală, ceea ce înseamnă că sunetul „r" este un **sunet oral**. Limba este ridicată în spatele incisivilor superiori, ceea ce înseamnă că, după locul de articulare, este un **sunet apicodental sau anteropalatal.** Marginile limbii sunt lipite de dinți, lăsând vârful limbii liber să se mişte, iar pe mijlocul limbii se creează un şanț prin care aerul se scurge din cavitatea bucală intermitent în timp ce vârful limbii vibrează prin lipirile şi dezlipirile succesive (de două–trei ori) de partea anterioară a palatului. Astfel, **sunetul este unul vibrant.**

Având în vedere acest mecanism de producere a sunetului „r", următoarele cauze pot conduce la apariția diferitelor subtipuri de rotacism şi pararotacism (Guțu, 1974; Vrăşmaş şi Stănică, 1997; Anca, 2005):

– vârful limbii este hipoton, baza articulatorie se posteriorizează şi din cauza dizabilității auditive, a bilingvismului (mai ales limba română — limba franceză), toate acestea pot conduce la apariția **rotacismului velar** (atunci când vibrează vălul palatin) sau **uvular** (când vibrează vălul palatin şi uvula). Diagnosticul diferențial dintre rotacismul velar şi cel uvular se realizează cu dificultate. Rotacismul uvular presupune un sunet mult mai grav, cu o vibrație mai puternică;

Scanned with OKEN Scanner

- limba este hipotonă sau de dimensiuni mai reduse (microglosia), ceea ce poate conduce la apariția **rotacismului palatal** (atunci când limba este poziționată mult prea medio-palatal);
- macroglosia şi tonusul muscular scăzut al limbii pot conduce la apariția **rotacismului dorsal** (acesta presupune vibrarea părții dorsale a limbii) sau a **rotacismului bucal** (acesta presupune vibrarea obrajilor);
- limba se află în imposibilitatea de a se sprijini de palat din cauza despicăturilor palatine totale unilaterale sau bilaterale, ceea ce conduce la apariția **rotacismului bilabial** (vibrația are loc la nivel de buze), a **rotacismului faringian** (când vibrația are loc la nivel de faringe) sau a **rotacismului laringian** (când vibrația are loc la nivel de epiglotă);
- vârful limbii este hipoton şi suflul respirator este unul scăzut, ceea ce poate conduce la apariția **rotacismului monovibrant** (aceasta este practic o formă de pararotacism în care sunetul rezultat în urma monovibrării vârfului limbii este asemănător sunetului „l");
- vârful limbii este hiperton, musculatura aparatului fonoarticulator este în general rigidă, dorința de autocontrol şi efortul voluntar în acest sens pot conduce la apariția **rotacismului multivibrant** (sunetul „r" este articulat prin mai mult de două–trei lipiri şi dezlipiri succesive ale vârfului limbii de partea anterioară a palatului);
- limba este hipotonă, respirația este deficitară din cauza vegetațiilor adenoide, ceea ce poate conduce la apariția **rotacismului interdental** (sunetul r este rostit prin plasarea vârfului limbii între dinți);
- limba este hipotonă, apar malformații, tumori pe o latură a limbii, ceea ce poate conduce la apariția **rotacismului lateral** (sunetul „r" este rostit prin vibrarea unei singure părți laterale a limbii);
- vălul palatin este disfuncțional, lipseşte, este despicat, la fel ca palatul, este prezentă dizabilitatea auditivă, toate aceste cauze

Scanned with OKEN Scanner

pot conduce la **rotacism nazal** (în producerea sunetului „r" unda de aer se scurge şi prin cavitatea nazală).

Carenţele educaţionale, mediul slab stimulativ şi imitarea vorbirii defectuoase a persoanelor din jur pot constitui cauze pentru diferite forme de rotacism şi pararotacism.

Diagnosticarea rotacismului/pararotacismului presupune acelaşi demers prezentat schematizat şi în cazul sigmatismului şi parasigmatismului, la fel ca programul terapeutic complex de intervenţie. Este evident că întreg demersul de abordare a oricărei tulburări dislalice este acelaşi, diferenţele sunt date de materialul lingvistic utilizat, de instrumentarul selectat, de particularităţile diagnostice, de dezvoltare şi de vârstă ale celor cu care se lucrează.

Pentru rotacism/pararotacism vârsta optimă la care se poate interveni eficient şi cu puţin efort din partea terapeutului este vârsta de 4 ani.

Dacă în cazul sigmatismului/parasigmatismului s-a exemplificat demersul de intervenţie cu un program terapeutic complex, în cazul sigmatismului propunem, cu valoare de exemplu, câteva activităţi didactico-terapeutice (lecţii).

Scanned with OKEN Scanner

Proiect de activitate didactico-terapeutică

Data :
Tipul de tulburare de pronunție: Pararotacism, vârsta 6-7 ani
Disciplina: Terapia tulburărilor de limbaj
Subiectul: Antrenarea abilităților de procesare auditivă și fonologică
Tipul activității: Activitate de formare de priceperi și deprinderi
Etapa din terapia logopedică: Pregătitoare

Obiective operaționalizate:
- să indice sursa sonoră (dezvoltarea percepției auditive);
- să urmărească stimulul auditiv dat pe întrega perioadă (dezvoltarea atenției auditive);
- să diferențieze între stimulii auditivi dați (să indice dacă sunt la fel sau diferiți);
- să reproducă o secvență sonoră dată (dezvoltarea memoriei auditive);
- să indice sunetele din care sunt alcătuite cuvintele (dezvoltarea abilităților de analiză fonematică);
- să construiască cuvinte cu silabele date (dezvoltarea abilităților de analiză fonematică).

Resurse procedurale: jocul didactic, exercițiul, demonstrația, conversația, explicația, problematizarea.
Resurse materiale: imagini cu onomatopee, discul logopedic, albumul logopedic, stimuli sonori și computer, liste cu material verbal.
Strategii de evaluare: observația sistematică, aprecierile verbale, întăririle pozitive, evaluarea orală.

Rubrica de observații în cazul nostru oferă date tehnice pentru a fi utile studenților sau practicienilor. În mod normal această rubrică poate fi utilizată în practica școlară pentru a nota aspecte legate de performanța copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
Moment organizatoric	Sunt pregătite materialele și se creează un climat terapeutic stenic.	Conversația	În această etapă logopedul din sistemul educațional românesc preia copiii care fie sunt aduși de părinți, fie logopedul merge după ei în sala de clasă.
Captarea atenției	Se ascultă un cântecel cu tematica „Ferma bunicilor".	Exercițiul, cântece și mijloace multimedia	
Anunțarea subiectului și a obiectivelor activității	Pornind de la cântecelul audiat li se transmite copiilor subiectul activității, adică jocuri pentru facilitarea unei percepții auditive mai fine în vederea pregătirii pentru achiziția scris-cititului.	Conversația	Conținutul activității se anunță folosind un limbaj pe care copiii cu care se lucrează să fie capabili.să îl înțeleagă.
Desfășurarea activităților — etapa exercițiilor de antrenare a percepției auditive și a auzului fonematic	Li se cere copiilor să denumească animalele care au fost auzite în timpul derulării cântecelului și să imite cu ajutorul onomatopeelor diverse sunete specifice acestora.	Jocul didactic Demonstrația	Pentru a se facilita rezolvarea sarcinii cântecelul este reluat.
	Se organizează cu elevii următoarele jocuri: „Cum face?" „Cine face?" De exemplu: Cum face vaca? Cine face „tic-tac"	Jocul didactic Stimuli sonori Aplicații computerizate care conțin imagini și sunete cu animale, precum și alte obiecte	

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
	Se organizează jocul „Deschide urechea bine!". Astfel, li se oferă copiilor perechi de sunete cu onomatopeele emise de animale, perechi de tipul muu- tuu, cucurigu-gugurigu, cotcodac-cotcodac, ham-miau, guiț-guiț, hahaha-gagaga etc. aceștia fiind solicitați să spună dacă perechile erau compuse din cuvinte identice. Atunci când identificau perechi identice puteau să facă un pas înainte.	Jocul didactic Exercițiul Problematizarea Liste cu material lingvistic	Activitatea motorie se asociază cu cea de percepție auditivă pentru a motiva copiii să rămână în sarcină.
	Sub forma jocului : „Repetă ce spun eu" — li se cere copiilor să pronunțe serii de silabe opuse din cuvintele paronime, precum și cuvinte paronime propriu-zise. De exemplu: – pa-ba , pe-be – ta-da, te-de – para-bara – tac-dac	Exercițiul Demonstrația Liste cu material lingvistic	
	Cu ajutorul albumului logopedic se denumesc imaginile și se analizează precizându-se cu ce sunet începe/se termină sau ce sunete conțin cuvintele corespunzătoare.	Problematizarea Explicația Exercițiul Albumul logopedic	
	Logopedul oferă câte o silabă și fiecare copil din grupa cu care se lucrează construiește un cuvânt cu acea silabă utilizându-se discul logopedic.	Exercițiul Discul logopedic	

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
Fixarea și consolidarea deprinderilor achiziționate	Cu ajutorul unei cărți audio cu animale, logopedul organizează jocul „Ghicește a cui e vocea!". Cel care ghicește le poate da celorlalți o „pedeapsă" de a spune un cuvânt care începe cu un anumit sunet, dacă nu ghicește, el îndeplinește „pedeapsa".	Jocul didactic Analiza fonematică Exercițiul Problematizarea	
Încheierea activității	Terapeutul face aprecieri verbale legate de activitatea desfășurată și oferă un feedback sub forma unui cântecel preferat.	Conversația Explicația Cântecel oferit drept întărire pozitivă	

Scanned with OKEN Scanner

Proiect de activitate didactico-terapeutică

Data:
Tipul de tulburare de pronunție: Rotacism velar, vârsta 6-7 ani
Disciplina: Terapia tulburărilor de limbaj
Subiectul: Emiterea și diferențierea sunetului „r"
Tipul activității: Activitate de formare de priceperi și deprinderi
Etapa din terapia logopedică: etapa de emitere și diferențiere izolată a sunetului

Obiective operaționalizate:
- să execute diferite mișcări cu limba (dezvoltarea abilităților motorii la nivel lingual);
- să poziționeze corect organele fonoarticulatorii pentru emiterea sunetului „r";
- să emită diferite onomatopee după model;
- să facă diferența între stimulii auditivi dați (să indice dacă sunt la fel sau diferiți).

Resurse procedurale: jocul didactic, exercițiul, demonstrația, conversația, explicația, problematizarea.
Resurse materiale: imagini cu onomatopee, stimuli sonori și mijloace multimedia, liste cu material verbal.
Strategii de evaluare: observația sistematică, aprecierile verbale, întăririle pozitive, evaluarea orală.

Rubrica de observații în cazul nostru oferă date tehnice pentru a fi utile studenților sau practicienilor. În mod normal, această rubrică poate fi utilizată în practica școlară pentru a nota aspecte legate de performanța copilului.

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
Moment organizatoric	Sunt pregătite materialele și se creează un climat terapeutic stenic.	Conversația	În această etapă logopedul din sistemul educațional românesc preia copiii care fie sunt aduși de părinți, fie logopedul merge după ei în sala de clasă.
Captarea atenției	Terapeutul prezintă o scurtă poveste despre „Buclucașa literă R".	Exercițiul Poveste: „Bucuclașa literă R" Computer	
Anunțarea subiectului și a obiectivelor activității	Pornind de la această poveste i se transmite copilului subiectul activității, adică jocuri pentru facilitarea pronunției corecte a sunetului R.	Conversația	Conținutul activității se anunță folosind un limbaj pe care copiii cu care se lucrează să fie capabili să îl înțeleagă.
Desfășurarea activităților — etapa exercițiilor de antrenare a abilităților motorii la nivelul aparatului fonoarticulator	Terapeutul este poziționat alături de copil în fața oglinzii logopedice și execută o serie de mișcări pentru antrenarea musculaturii limbii: - mișcări de plasare a limbii între dinți; - mișcări de ridicare a vârfului limbii în spatele incisivilor superiori și de ștergere a palatului cu vârful limbii; - mișcări de lipire și dezlipire a vârfului limbii de partea anterioară a palatului dur, mișcări asociate cu suflu puternic (în speranța obținerii vibrației la nivelul apexului); - mișcări de ștergere a buzelor cu vârful limbii, - pe vârful limbii copilului sunt puse bucățele de hârtie și acesta trebuie să sufle cu putere pentru a le împrăștia.	Exercițiul Jocul didactic Demonstrația Oglinda logopedică	Logopedul poate oferi o serie de explicații de nuanță ortofonică pentru a facilita înțelegerea utilității acestor exerciții (mai ales când copilul conștientizează tulburarea cu care se confruntă și trăiește sentimente negative în legătură cu aceasta).

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
	Pornind de la acest exercițiu i se vor propune copilului și câteva activități prin care să se antreneze abilitățile respiratorii: – prelungirea expirului și inspirului; – exerciții de suflat în diferite instrumente muzicale; – coordonarea respirației orale cu cea nazală (inspir pe gură, expir pe nas și invers); – rostirea unui sunet prelungit (de exemplu aaaaa) pe un inspir.	Exercițiul Demonstrația Instrumente de suflat	Activitatea motorie se asociază cu cea de respirație pentru fluidizarea derulării sarcinilor
Etapa de antrenare a percepției auditive și auzului fonematic	Copilul ascultă perechi de sunete onomatopeice și trebuie să facă un pas înainte dacă acele sunete sunt identice. De exemplu: brrr-trrr grrr-drrr sfrrr-cirip morr-morr prrr-prrr etc	Stimuli sonori Exercițiul logopedic Problematizarea	
Educarea pronunției corecte a vibrantei „r" — emitere spontană.	Se propun copilului exerciții de imitat sunete onomatopeice: - motocicleta: **brrr — brrr** - pocnetul lemnelor: **prrr — prrr** -ursul: **morrr–morrr** - fusul: **sfrrr — sfrrr** - ceasul: **trrr –trrr** - când ne este frig: **drrrr** - greierul: **ţârrr-ţârrr** (se prelungește "r" și se face pauză după fiecare grup de sunete) - vrabia: **cip-cirip; cip-cirip.**	Jocul didactic Lista cu material imagistic care să angreneze sunetele onomatopeice Demonstrația Oglinda logopedică	Emiterea sunetului se realizează prin utilizarea celor patru modalități de emitere, sub formă de joc.

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
Emitere prin metode ortofonice-combinate cu demonstrația	Se oferă o serie de informații ortofonice copilului utilizând și o aplicație computerizată: pentru emiterea vibrantei „r"apexul limbii atinge succesiv alveolele incisivilor superiori, buzele au comisurile retrase, maxilarele sunt ușor îndepărtate, marginile limbii sunt lipite de dinți, pe mijlocul limbii se desprinde un canal prin care aerul se scurge din cavitatea bucală.	Aplicații computerizate Oglinda logopedică, Spatule logopedice Demonstrația, Explicația Problematizarea	
	Copilul este provocat să emită sunetul conștientizând poziția organelor fonoarticulatorii cu autocontrol în oglinda logopedică. Se încearcă de mai multe ori, logopedul oferind explicații suplimentare și ajutătoare.	Jocul didactic Exercițiul	
	Terapeutul poate demonstra emiterea corectă a sunetului și oferi și un mic ajutor copilului cu spatula logopedică (ajutor mecanic). De asemenea, i se poate cere copilului să palpeze gâtul terapeutului pentru a simți vibrațiile (laringe, piept, limbă, dinți) și pentru a-i facilita conștientizarea implicațiilor articulatorii.	Problematizarea Explicația Oglinda logopedică	
Emiterea sunetului prin derivare	Se recurge și la articularea sunetului în paralel: logoped-copil, logopedul demonstrează, copilul imită și apoi articulează independent. Obținerea sunetului prin „R" derivarea din „L", „T" sau „D", care au aceeași localizare.		Când copilul nu suportă să fie utilizate spatulele logopedice, se poate recurge și la oferirea de suport mecanic cu ajutorul unor bețișoare, acadele, ARK's Z-Vibe etc.

Scanned with OKEN Scanner

Momentele activității	Conținuturi	Resurse procedurale și materiale	Observații
Diferențierea izolată a sunetului	I se enumeră copilului diferite sunete din inventarul limbii române, cerându-i-se să execute o mișcare de bătaie din palme ori de câte ori aude sunetul „R".	Exercițiul Jocul didactic	Etapa de emitere este indisolubil legată de etapa de diferențiere a sunetului izolat.
	Se prezintă apoi perechi de sunete (R-L, R-R) și i se cere copilului să pună într-un coș câte un cub roșu dacă sunetele sunt identice și câte un cub albastru dacă sunetele sunt diferite.	Exercițiul, Demonstrația Liste cu perechi de cuvinte Cuburi colorate	
Fixarea și consolidarea deprinderilor achiziționate	Cu ajutorul unor cuburi de lemn pe care sunt inscripționate literele alfabetului, pronunțăm izolat sunetele din inventarul limbii române și se denumesc imaginile de pe fiecare cub.	Jocul didactic Exercițiul Cuburi din lemn inscripționate cu litere și diferite imagini	
Încheierea activității	Terapeutul face aprecieri verbale legate de activitatea desfășurată și oferă un feedback sub forma unei fețe zâmbitoare.	Conversația Explicația	

Scanned with OKEN Scanner

6. Abordare conclusivă

Tulburarea dislalică este una dintre tulburările cel mai frecvent întâlnite în realitatea şcolară (la antepreşcolar, preşcolar şi şcolarul mic). Abordarea de timpuriu a acesteia se poate realiza cu succes şi într-un interval temporal foarte scurt. Prin abordare timpurie înţelegem intervenţia în perioada imediat următoare constatării simptomatologiei vreunei forme de tulburare dislalică.

De asemenea, pentru ca abordarea tulburării dislalice să fie una corectă subliniem importanţa programelor de prevenţie. În ţara noastră acest tip de programe sunt rar întâlnite, această situaţie datorându-se:

- numărului scăzut de terapeuţi ai limbajului raportat la numărul copiilor cu care se lucrează;
- numărului redus al instrumentarului de specialitate standardizat şi etalonat pentru populaţia românească sub vârsta de 3 ani;
- în timpul palpării gâtului, terapeutul poate să îşi palpeze şi propriul gât, ceea ce asigură realizarea unui acurat bio-feedback.
- atitudinii necorespunzătoare a părinţilor şi chiar a unor specialişti cu privire la momentul oportun al debutului intervenţiei logopedice (printre specialişti includem chiar şi terapeuţi ai limbajului, care în continuare susţin că terapia logopedică nu ar trebui să debuteze înainte ca vârsta cronologică a copilului să fie de 4-5 ani).

Relevanţa abordării de timpuriu a tulburărilor de limbaj prin programe articulate de evaluare şi intervenţie este amplu susţinută de Paul (2007), acesta oferindu-le specialiştilor o serie de materiale practice de lucru şi subliniind relaţia dintre structurarea limbajului oral şi structurarea limbajului scris-citit.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ediția a cincea). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anca, M. (2000). *Intervenții psihopedagogice în antrenarea funcției auditiv-verbale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2005). *Logopedie*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2003). *Metode şi tehnici de evaluare a copiilor cu CES*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M., Hațegan, C. (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C. (2014). „Abordări psihopedagogice în contextul implantării cohleare bilaterale", în Bodea Hațegan (coord.). *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 9–19.

Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (2015). *Aplicația — Paşi prin lumea sunetelor!*, https://play.google.com/store/apps/details?id=ppls.pps.com.ppls&hl=en

Bodea Hațegan, C. (2015). Tulburările de limbaj şi comunicare în Roşan A. (coord.). *Psihopedagogia specială. Evaluare şi intervenție*, Iaşi: Editura Polirom.

Cernea, G. (2007). *Selecția unui material lingvistic în vederea antrenamentului auditiv la şcolarii cu deficiențe de auz din clasele II–VIII*, Teză de licență nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Coleman, J. (2005). *Introducing Speech and Language Processing*, Cambridge: Cambridge University Press.

Ertmer, D.J. (2004). How well can children recognize speech features in spectrograms? Comparisons by age and hearing status, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Indexed for Medline, 47 (3): 484-95.

Scanned with OKEN Scanner

Fătu Zelma (1969). *Ritmică şi gimnastică medicală*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Guțu, M. (1974). *Curs de logopedie*, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2007). Dezvoltarea abilităților studenților de cercetare a competenței de comunicare: selectare de material lingvistic în Anca, M., Ciascai, L., Ciomoş, F. (2007). *Dezvoltarea competențelor didactice şi de cercetare în științele naturii*, Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință, pp. 87–95.

Hațegan, C. (2009). *Modalități de evaluare şi dezvoltare a competenței morfologice*, teză de doctorat nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2010). Visualizing Speech Acoustic Features by Using Computerized Programs in the Context of Profound Hearing Impairments, *Studia Psychologia-Paedagogia*, nr. 1, pp. 189–199.

Hațegan, C. (2011). *Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Kulcsar, T., Preda V. (1977). *Îndrumător psihodiagnostic*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Pamfil, A. (2003). *Limba şi literatura română în gimnaziu. Structuri didactice deschise*, Piteşti: Paralela 45.

Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention*, ediția a treia, St. Louis: Mosby-Year Book.

Pop, L. (2013). *Modalități de evaluare şi de dezvoltare a abilităților lingvistice în contextul deficienței de auz*, teză de licență nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Povel, D.J., Arends, N. (1991). The Visual Speech Aparatus: theoretical and practical aspects, *Speech Communication* 10 (1991) 59-80, Noth-Holland: Elsevier Science Publishers.

Scanned with OKEN Scanner

Preda, V. (1997). *Probe de psihodiagnostic pentru evaluarea copiilor deficienți*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Rosetti, Al., Lăzăroiu, A. (1982). *Introducere în fonetică*, Bucureşti: Editura Ştiințifică şi Enciclopedică.

Roşca, L. (2007). *Program de antrenament pentru dezvoltarea auzului fonematic la preşcolarii cu dizabilități*, teză de licență nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Săteanu, C. (1978). *Fonemica limbii române*, Cluj-Napoca.

Seica, R. (2006). *Profiluri de pronunție*, soft educațional nepublicat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Talaş, D. (2011). *Utilizarea mijloacelor informatice în terapia tulburărilor limbajului scris*, teză de doctorat nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Truxal, J.G. (1991). *The age of electronic messages*, Massachussetts: MIT Press.

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Wankoff, L. (2011). Warning Signs in Development of Speech, Language, and Communication: When to Refer to a Speech-Language Pathologist, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Wiley Periodicals Inc., 24: 175–184.

Webb, W.G., Adler, R.K. (2008). *Neurology for the Speech-Language Pathologist*, Missouri: Mosby Elsevier.

http://www.arktherapeutic.com

http://www.corectarealimbajului.ro/

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medando.speechcompanion&hl=en

https://itunes.apple.com/us/app/smalltalk-oral-motor-exercises/id337145605?mt=8

https://itunes.apple.com/us/app/free-candle/id434064534?mt=8

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.joker.amazingcandle&hl=en

https://itunes.apple.com/us/app/free-blowable-pocket-windmill/id355490385?mt=8

Scanned with OKEN Scanner

https://play.google.com/store/apps/details?id=air.Onomatopoeia&hl=en
https://itunes.apple.com/ro/app/onomatopoeia-vocea-animalelor/id588726554?mt=8
http://www.ascred.ro
http://ascr.ro/
http://uits.arizona.edu/sites/default/files/CoolEdit_User.pdf
http://www.fon.hum.uva.nl/praat/

Scanned with OKEN Scanner

Anexa I. Fișă de examinare logopedică complexă (adaptată după Guțu, 1974)

Nr. fișei ..... Numele examinatorului .....
Datele examinatorului .....

I. DATE GENERALE

1.1. Personale

Numele de familie ..... prenumele .....
născut în anul ..... luna ..... ziua ..... domiciliul .....
instituția .....

1.2. Familiale

Numele părinților	naționalitatea	vârsta	studii	ocupația	locul de muncă
tata	.....	.....	.....	.....	.....
mama	.....	.....	.....	.....	.....

1.3. Motivul examinării

Trimis de .....
Cu ce acuze este trimis .....

II. ANAMNEZA

2.1. Familială

Structura familiei .....
Al câtelea copil este ..... starea de sănătate a membrilor familiei .....
Persoane cu tulburări de limbaj în familie .....
Relațiile în familie: a. între părinți .....
b. față de copil .....
c. atitudinea față de tulburarea de pronunție a copilului .....
Dacă sunt stângaci sau ambidextri în familie .....
Condițiile materiale, igienice, educative ale familiei .....

2.2. Personală

Sarcina .....
Nașterea : la termen ..... la ..... săptămâni; greutatea .....
Istoric privind tulburările de la nivelul familiei .....

2.3. Date asupra auzului și limbajului

Gânguritul .....

Evoluția vorbirii:	lalația canonică	4 luni	6 luni	8 luni	10 luni	1 an
	primul cuvânt	8 luni	10 luni	12 luni	1 an	... ani
	prima propoziție	14 luni	16 luni	18 luni	2 ani	... ani

Ritmul vorbirii .....
Limba maternă și cea a mediului înconjurător .....
.....
Înțelegerea vorbirii persoanelor din jur .....
.....

Scanned with OKEN Scanner

Însușirea unei limbi străine .....
Însușirea scrierii și a citirii .....
Când a apărut tulburarea de limbaj .....
Cauza reală sau presupusă .....
Dacă a beneficiat de intervenție logopedică anterior .....

III. EXAMENUL SOMATIC ȘI FUNCȚIONAL

3.1. Aspectul somatic

Conformația capului .....
.....
.....
Mecanisme periferice ale vorbirii .....
Cavitatea bucală ..... Vălul palatin .....
..... Limba .....
Buzele ..... Maxilarele .....
Dantura .....

3.2. Motricitatea

Mersul .....
Coordonarea generală a mișcărilor .....
Lateralitatea .....
Motricitatea facială .....
Motricitatea limbii .....
Motricitatea buzelor .....
Motricitatea vălului palatin .....
Ritmul acustico-motor .....

3.3. Respirația

Diferențierea dintre respirația orală și cea nazală .....
Tipul de respirație .....

3.4. Funcția auditivă

Atenția auditivă .....
Memoria auditivă .....
Capacitatea de diferențiere fonematică .....
Auzul muzical .....

3.5. Funcția fonatorie

Intensitatea vocii .....
Calitatea vocii .....
Mutația vocii .....

IV. LIMBAJUL ORAL ȘI SCRIS

4.1. Pronunția sunetelor și a cuvintelor

Reproducerea fonemelor pe bază de auz .....
Reproducerea fonemelor pe bază de citire .....
Mișcări articulatorii defectuoase .....
Mișcări asociate .....
Omisiuni de sunete .....
Înlocuirea sunetelor .....

Scanned with OKEN Scanner

Distorsiunea sunetelor.....
Estomparea terminației cuvintelor.....

4.2. Ritmul și fluența vorbirii

Fluența.....
Ritmul vorbirii.....
Poticniri la sunete ..... silabe .....
..... cuvinte.....
Repetări de sunete..... silabe.....
..... cuvinte.....
Spasme articulatorii și mușchii afectați .....
Calitatea vorbirii: independente .....
reflectate .....
Calitatea citirii: independente .....
reflectate .....
Diverse fobii .....
Mișcări concomitente .....
Vorbirea în diferite situații .....
Bâlbâiala în cânt și la instrumente .....
Bâlbâiala în scris .....

4.3. Scrierea și citirea

Copierea .....
Dictarea .....
Compunerea .....
Structura grafică .....
Structura logică .....
Citirea .....

V. DIAGNOSTICUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

5.1. Caracterizarea limbajului și a persoanei examinate

Vorbirea .....
Scrisul.....
Cititul .....
Succesul școlar .....
Conduita/comportamentul .....

5.2. Cauzele și diagnosticul

Cauze presupuse .....
Cauze confirmate .....
Diagnosticul inițial .....
Evoluția diagnosticului .....
Diagnosticul final .....

Scanned with OKEN Scanner

IV. Evidența frecvenței la activitățile terapeutice

LUNA	ZIUA
Octombrie	
Noiembrie	
Decembrie	
Ianuarie	
Februarie	
Martie	
Aprilie	
Mai	
Iunie	

IV. Observații asupra desfășurării procesului de corectare — metodele, procedeele, exercițiile folosite în diferite etape ale corectării, rezultatele parțiale, materialul intuitiv, auxiliar folosit, impedimentele corectării, ajutorul primit din partea părinților, medicilor de specialitate, cadrelor didactice: recidive sau greutăți survenite în timpul demersului terapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

Anexa II. Fișă de examinare logopedică (propusă de Bodea Hațegan, 2015)

Numele copilului: .....
Data nașterii: .....
Data evaluării: .....

I. DATE ANAMNESTICE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII LIMBAJULUI ORAL

Sunete izolate afectate: .....
Abilitățile coarticulatorii: .....
Structurarea morfosintactică: .....
Abilitățile lexicale: .....
Abilități pragmatice/conversaționale: .....
Nivelul inteligibilității vorbirii (1–5 conform SIR[1]): .....

III. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII LIMBAJULUI SCRIS-CITIT

Abilitățile grafomotorii: .....
Abilitățile de citire: .....
Comprehensiunea în citire: .....

IV. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII ABILITĂȚILOR MATEMATICE

Numerația: .....
Calcul matematic: .....
Rezolvarea de probleme: .....
Diagnosticul logopedic: .....
Cauze presupuse: .....

Numele examinatorului:
Semnătura:

---

1 SIR — Speech Intelligibility Rating Scale (Bodea Hațegan, 2014).

Scanned with OKEN Scanner

Anexa III. Fișă de examinare logopedică complexă (model de fișă completat)

Nr. fișei 3 Numele examinatorului CBH

I. DATE GENERALE

1.1 Personale

Numele de familie **I** prenumele **R**
născut în anul **2010** luna — ziua — domiciliul —
instituția pe care o frecventează **grădiniță de masă**

1.2. Familiale

numele părinților	naționalitatea	vârsta	studii	ocupația	locul de muncă
tata —	**română**	**35**	**superioare**	—	—
mama —	**română**	**36**	**superioare**	—	—

1.3. Motivul examinării

Trimis de **educatoare**
Cu ce acuze este trimis **tulburare de limbaj și comunicare pe fondul unei tulburări de atenție cu hiperactivitate**

II. ANAMNEZA

2.1. Familială

Structura familiei **3 membri**
Al câtelea copil este **primul** starea de sănătate a membrilor familiei **nu au fost semnalate boli cronice sau diferite forme de dizabilitate la niciunul dintre membrii familiei**
Persoane cu tulburări de limbaj în familie **nu au fost indicate**
Relațiile în familie: a. între părinți **puțin tensionate pe fondul problemei cu care se confruntă, apare la ambii părinți sentimentul de autoculpabilizare**
b. față de copil **părinții sunt implicați în creșterea și educarea copilului și au păreri convergente legate de acest aspect**
c. atitudinea față de tulburarea de pronunție a copilului **părinții consideră că această tulburare este una foarte serioasă și se preocupă pentru a găsi cea mai bună soluție de rezolvare a problemei**
Dacă sunt stângaci sau ambidextri în familie **nu au fost indicați**
Condițiile materiale, igienice, educative ale familiei **foarte bune**

2.2. Personală

Sarcina **dusă până la termen**
Nașterea: la termen **da** la **39** săptămâni; greutatea **peste 3 kg**
Istoric privind tulburările de la nivelul familiei **nu este cazul**

2.3. Date asupra auzului și limbajului

Gânguritul **în jur de 6 luni**

Evoluția vorbirii:						
	lalația canonică	4 luni	6 luni	**8 luni**	10 luni	1 an
	primul cuvânt	8 luni	10 luni	12 luni	**1 an**	ani
	prima propoziție	14 luni	16 luni	18 luni	2 ani	**3,5 ani**

Scanned with OKEN Scanner

Ritmul vorbirii **precipitat, cu poticniri și foarte neorganizat**
Limba maternă și cea a mediului înconjurător **limba română**
Înțelegerea vorbirii persoanelor din jur **înțelege ceea ce i se spune, drept urmare execută comenzile date chiar dacă acestea au un grad mai crescut de complexitate**
Însușirea unei limbi străine **nu este cazul**
Însușirea scrierii și a citirii **nu este cazul**
Când a apărut tulburarea de limbaj **încă de la apariția primelor cuvinte**
Cauza reală sau presupusă **deficit motor și tulburări emoționale și comportamentale**
Dacă a beneficiat de intervenție logopedică anterior **nu**

III. EXAMENUL SOMATIC ȘI FUNCȚIONAL

3.1. Aspectul somatic

Conformația capului **nu prezintă malformații ale oaselor feței sau ale cutiei craniene**
Mecanisme periferice ale vorbirii **din punct de vedere organic sunt integre**
Cavitatea bucală **nu prezintă malformații**
Vălul palatin **este blocat de vegetații adenoide, respiră preponderent prin cavitatea bucală**
Limba **nu prezintă malformații, are o dimensiune corespunzătoare**
Buzele **sunt mici, puțin cărnoase, dar fără defecte structurale**
Maxilarele **realizează o ocluzie perfectă a cavității bucale**
Dantura **este corect implantată**

3.2. Motricitatea

Mersul este **puțin nesigur cu o bază de sprijin mai largă (posibil să imite mersul tatălui)**
Coordonarea generală a mișcărilor **deficitară, mai ales atunci când trebuie să realizeze sarcini monotone, rutiniere. Situație în care se precipită și manifestă un comportament impulsiv**
Lateralitatea **dreaptă la mână, picior, ochi, ureche, indicele de lateralitate este 0,9**
Motricitatea facială **este hipotonă, reușește cu dificultate să imite emoțiile de bază (tristețe, fericire, surprindere)**
Motricitatea limbii **deficitară, se remarcă hipotonia musculară mai ales în mișcările de ridicare a vârfului limbii în spatele incisivilor superiori și de realizare a șanțului de la nivelul limbii pentru a se facilita scurgerea aerului din cavitatea bucală**
Motricitatea buzelor **și la acest segment din aparatul fonoarticulator se remarcă hipotonia musculară mai ales în mișcările de rotunjire a buzelor**
Motricitatea vălului palatin **este deficitară din cauza prezenței la nivelul cavității nazale a vegetațiilor adenoide**
Ritmul acustico-motor **nu reușește să reproducă la cerere un pattern de bătăi, ritmul acustico-motor fiind deficitar și din cauza slabei coordonări musculare**

3.3. Respirația

Diferențierea dintre respirația orală și cea nazală **conștientizează diferența dintre respirația orală și cea nazală, dar respiră preponderent prin cavitatea bucală datorită prezenței vegetațiilor adenoide**
Tipul de respirație **preponderent abdominal, cu efort de fiecare dată; mai ales atunci când trebuie să gestioneze eficient doza de aer în vorbire, apare tendința de vorbire pe inspir**

3.4. Funcția auditivă

Atenția auditivă **se orientează eficient după stimulii sonori atât în spații deschise, cât și în spații mici**

Scanned with OKEN Scanner

Memoria auditivă **este deficitară, poate reproduce după model cel mult două elemente prezentate auditiv**
Capacitatea de diferențiere fonematică **funcțională, nu prezintă deficite**
Auzul muzical **funcțional, redă cu corectitudine melodia, chiar dacă nu reușește să articuleze cuvintele**

3.5. Funcția fonatorie

Intensitatea vocii **este una în acord cu vârsta și dezvoltarea musculară, intensitatea vocii este în general una plăcută**
Calitatea vocii **frecvența articulatorie este înaltă și precipitată, ceea ce îngreunează receptarea mesajului verbal transmis**
Mutația vocii **nu este cazul**

IV. LIMBAJUL ORAL ȘI SCRIS

4.1. Pronunția sunetelor și a cuvintelor

Reproducerea fonemelor pe bază de auz **cu excepția sunetelor omise (siflantele, șuierătoarele, lichida „L" și vibranta „R"), atunci când sunt prezentate izolat**
Reproducerea fonemelor pe bază de citire **nu este cazul**
Mișcări articulatorii defectuoase **nazalizarea**
Mișcări asociate **nu prezintă ticuri, grimase sau alte mișcări asociate**
Omisiuni de sunete **siflantele, șuierătoarele, lichida „L" și vibranta „R"**
Distorsiunea sunetelor **siflante, șuierătoare, lichida „L" și vibranta „R"** .
Înlocuirea sunetelor **doar în cuvinte complexe fonologic, care conțin diftongi, triftongi**
Estomparea terminației cuvintelor **în cuvintele plurisilabice este prezent acest fenomen**

4. 2. Ritmul și fluența vorbirii

Fluența **vorbirea este precipitată, fluența fiind scăzută**
Ritmul vorbirii **precipitat, impulsiv, cu blocaje, reveniri în speranța facilitării recepției celor transmise de către interlocutor**
Poticniri la sunete **pe care nu le poate articula** silabe **mai puțin prezente** cuvinte **la cuvintele care conțin sunetele pe care nu le poate articula și la cuvintele pe care încearcă pentru prima dată să le pronunțe**
Repetări de sunete **nu este cazul** silabe **doar ocazional atunci când se precipită și încearcă să comunice mesajul intenționat** cuvinte **doar ocazional atunci când se precipită și încearcă să comunice mesajul intenționat, dar întâmpină dificultăți articulatorii și interlocutorul îi cere să repete**
Spasme articulatorii și mușchii afectați **nu sunt prezente**
Calitatea vorbirii: — independente **foarte scăzută, inteligibilitatea vorbirii pentru o persoană nefamiliară cu vorbirea copilului este una foarte scăzută**
— reflectate **inteligibilitatea vorbirii este mult mai bună, cu condiția delimitării în actul de vorbire, prin pauze clare, a fiecărui cuvânt oferit drept model**
Calitatea citirii: independente: **nu este cazul**
reflectate **nu este cazul**
Diverse fobii **nu se menționează de către părinte. Prezintă o preferință puțin exagerată pe moment pentru anumite lucruri, obiecte (de exemplu, cuptorul cu microunde) și încearcă să vorbească mult despre acele obiecte, dar structurile emise sunt logice, în acord cu legile fizice naturale**

Scanned with OKEN Scanner

Mișcări concomitente **doar pentru a facilita înțelegerea celor expuse încearcă să arate cu mâinile forma, utilizarea etc. a obiectelor pe care le numește**
Vorbirea în diferite situații **întâmpină dificultăți în comunicarea cu persoane necunoscute, nefamiliare, dar în momentul în care spațiul de comunicare este resimțit ca unul securizant reușește să transmită un minim mesaj interlocutorului**
Bâlbâiala în cânt și la instrumente **nu este cazul**
Bâlbâiala în scris **nu este cazul**

4.3. Scrierea și citirea

Copierea **nu este cazul**
Dictarea **nu este cazul**
Compunerea **nu este cazul**
Structura grafică **este în etapa în care în continuare depășește conturul în sarcinile de colorare în contur dat**
Structura logică nu este cazul
Citirea nu este cazul

V. DIAGNOSTICUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

5.1. Caracterizarea limbajului și a persoanei examinate

Vorbirea **aproape neinteligibilă, cu multe tulburări articulatorii**
Scrisul **nu este cazul**
Cititul **nu este cazul**
Succesul școlar **cu greu s-a adaptat la grădiniță, perioada de adaptare a fost una lungă, aproximativ de 3 luni**
Conduita/comportamentul **manifestă comportamente impulsive, agresive atunci când dorește un anumit lucru și nu îl poate solicita**

5.2. Cauzele și diagnosticul

Cauze presupuse **deficit motor și tulburări emoționale și comportamentale**
Cauze confirmate **deficit motor și tulburări emoționale și comportamentale**
Diagnosticul inițial **întârziere în dezvoltarea limbajului, dislalie polimorfă**
Evoluția diagnosticului **favorabilă**
Diagnosticul final **întârziere în dezvoltarea limbajului, dislalie polimorfă**

VI. Evidența frecvenței la activitățile terapeutice

LUNA	ZIUA													
Octombrie														
Noiembrie														
Decembrie		5.12		9.12										
Ianuarie		8.01				15.01			21. 01			28.01		
Februarie		5.02				12.02			19. 01			25.01		
Martie		2.03				9.03			16. 03			23.03		
Aprilie		1.04				8.04			15. 04			22.04		
Mai		2.05				9.05			16. 05			24.05		
Iunie		2.06				7.06								

Scanned with OKEN Scanner

VII. Observații asupra desfășurării procesului de corectare — metodele, procedeele, exercițiile folosite în diferite etape ale corectării, rezultatele parțiale, materialul intuitiv, auxiliar folosit, impedimentele corectării, ajutorul primit din partea părinților, medicilor de specialitate, cadrelor didactice: recidive sau greutăți survenite în timpul demersului terapeutic.

Diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului a fost confirmat de medicul neuropsihiatru care a infirmat prezența leziunilor cerebrale sau a unui alt diagnostic medical.

Rezultatele obținute pe parcursul celor 7 luni de intervenție sunt pozitive, îmbucurătoare, ceea ce confirmă diagnosticul stabilit. Odată cu îmbunătățirea abilităților articulatorii și creșterea nivelului inteligibilității vorbirii, tulburările emoționale și comportamentale ale copilului s-au redus considerabil, acestea reprezentând principalul obstacol în terapia logopedică.

Este important ca demersul logopedic să fie continuat și pe parcursul următorului an școlar.

Scanned with OKEN Scanner

Dizartria. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție[1]

1. Delimitări conceptuale

Dizartria este o tulburare de pronunție cauzată de afectarea căilor centrale şi a nucleilor nervilor implicați în producerea limbajului. Prin urmare, aspectele simptomatologice caracteristice tabloului dizartric sunt: vorbire neclară, confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală, monotonă (Guțu, 1974; Duffy, 2005).

Astfel, tabloul dizartric presupune implicații multiple atât în planul actului fonator, cât şi în planul actului articulator.

2. Etiologia tulburării dizartrice

Cauza definitorie a tabloului dizartric este de factură neurologică. În aceste condiții, factorii etiologici pe care îi putem lista sunt factori care conduc la leziuni nervoase şi disfuncționalități cerebrale.

Cel mai frecvent menționată cauză este encefalopatia infantilă sechelară (EIS). Termenul EIS este utilizat cu valoarea unui

[1] Capitolul IV din acest volum „Dizartria. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție" a fost publicat pentru prima dată în volumul **Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție**, volum apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat cu revizuiri.

Scanned with OKEN Scanner

concept-umbrelă, deoarece tulburarea implică manifestări clinice foarte diverse în funcție de:

- localizarea afectării;
- extinderea afectării;
- momentul apariției afectării;
- perioada de manifestare activă a factorului care a condus la afectare neurologică;
- tipul de factor nociv.

Benga (1994) definește encefalopatiile infantile sechelare (EIS) drept un grup eterogen de suferințe neuropsihice ale copilului, cu caracter stabil, neprogresiv, cauzate de lezări (insulturi) ale creierului imatur, lezări care au acționat în perioada prenatală, perinatală şi postnatală, până la vârsta de aproximativ 3–4 ani.

Pentru termenul de encefalopatie infantilă sechelară pot fi oferite o serie de sinonime utilizate în literatura de specialitate. Dintre acestea menționăm infirmitatea motorie cerebrală şi paralizia cerebrală ca fiind termenii cel mai frecvent utilizați.

Factorii care conduc la apariția EIS sunt (Benga, 1994; Arseni, 1981):

- factori prenatali: incompatibilitate a RH-ului, diabetul zaharat al mamei; intoxicațiile din perioada uterină; expunerea mamei la radiații; traumatismele suferite de mamă în timpul sarcinii; consumul de medicamente, alcool, droguri de către mamă; tulburările de circulație sangvină la nivel de placentă; tulburări endocrine; deficite nutriționale; alte cauze necunoscute.
- factori perinatali: traumatisme din timpul manevrelor medicale; extracția cu forcepsul; travaliu prelungit; hipoxia; anoxia; intoxicațiile sistemului nervos cu anestezic; placenta previa; strangularea ombilicală.
- factori postnatali: accidentele cu afectări cranio-cerebrale; traumatismele cerebrale; meningoencefalitele; intoxicațiile; expunerea copilului la radiații; deshidratări accentuate.

Scanned with OKEN Scanner

3. Simptomatologia tulburării dizartrice

Limbajul se structurează foarte diferit de la caz la caz, în funcție de factorii etiologici mai sus menționați.

Aspectul definitor în toate tulburările dizartrice este discrepanța semnificativă dintre cele două componente ale limbajului şi vorbirii: componenta receptivă (care nu prezintă niciun fel de afectare) şi componenta expresivă (la nivelul căreia pot fi identificate o serie de aspecte deficitare). Această neconcordanță dintre componenta impresivă, receptivă şi cea expresivă, productivă este elementul prin care se asigură diagnosticul diferențial dintre tulburarea dizartrică şi alte tipuri de tulburări.

Afectarea neuronală implică:

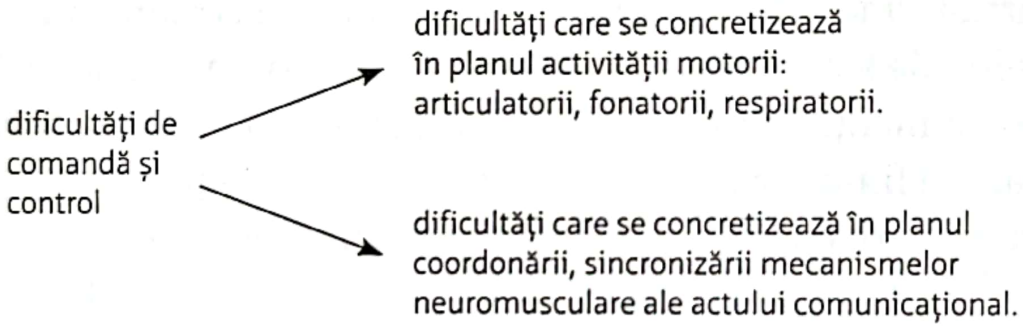

Figura 4. Particularitățile tabloului simptomatologic dizartric.

4. Direcții de diagnostic diferențial

Problematica diagnosticului diferențial este extrem de importantă. În cazul dizartriei, direcțiile de realizare a diagnosticului diferențial fiind multiple, stabilirea corectă a diagnosticului logopedic este dificilă.

4.1. Dizartrie versus dislalie motorie

Principala tulburare cu care este necesar să se realizeze diagnosticul diferențial este dislalia motorie. Guțu (1974) menționează chiar faptul că dizartria mai poate fi numită şi dislalie centrală. Având în

Scanned with OKEN Scanner

vedere această perspectivă, diagnosticul diferențial se stabilește pe coordonata central *vs.* periferic. În aceste condiții, dislalia motorie este o tulburare de pronunție angrenată de un mecanism declanșator periferic (la nivelul periferic al tractului fonoarticulator, afectarea este localizată la nivelul organelor fonoarticulatorii). Dizartria este, așadar, o tulburare motorie de limbaj, o tulburare de pronunție cu cauză centrală (afectarea este localizată la nivelul componentei nervoase care organizează și coordonează componenta motorie a actului lingvistic). Controlul și diagnosticul neurologului sunt cele care ajută terapeutul limbajului în realizarea diagnosticului diferențial între aceste două tulburări.

4.2. Dizartrie versus rinolalie

Rinofonia poate fi o caracteristică și a tulburării dizartrice, la fel ca în cazul tulburării rinolalice. Diagnosticul diferențial constă tot în examinare neurologică întrucât rinolalia propriu-zisă presupune, cel mai adesea, afectare mecanică la nivelul palatului dur și moale (afectarea în cazul vălului palatin poate fi și de natură funcțională). Pareza vălului palatin, una dintre posibilele cauze pentru tulburarea rinolalică, poate fi angrenată pe fondul unei afectări neurologice mai ample, caz în care se poate delimita prezența nu doar a tabloului rinolalic, ci și a tabloului unei tulburări dizartrice, bulbare. Prin urmare, dacă pareza vălului palatin atrage doar consecințe în planul fonator și nu se îngemănează cu tulburări motorii mai extinse, putem considera că tulburarea este exclusiv rinolalică, întrucât dizartria bulbară presupune un tabloul motor mai extins, cu consecințe importante și în plan articulator.

4.3. Dizartrie versus dislalie senzorială angrenată de dizabilitatea auditivă

Întrucât dizabilitatea auditivă poate conduce la afectarea atât a bazei articulatorii, cât și a componentei fonatorii, vorbirea poate fi asemănată cu cea specifică tabloului dizartric. În acest caz

Scanned with OKEN Scanner

diagnosticul diferențial este asigurat prin intermediul unui examen audiologic. În cazul dizartriei nu apar deficite senzorial-perceptive, tulburarea fiind exclusiv de natură motorie.

4.4. Dizartrie versus bâlbâială (tulburarea de ritm și fluență)

Bâlbâiala dizartrică este elementul care poate face dificilă stabilirea diagnosticului diferențial dintre bâlbâiala propriu-zisă şi dizartrie. În contextul tabloului dizartric poate să apară şi o tulburare de ritm şi fluență asemănătoare bâlbâielii, tulburare pe care o denumim bâlbâială dizartrică, simptom al afectării nervoase. Principala direcție de diagnostic diferențial este reprezentată de componenta neurologică, în cazul bâlbâielii propriu-zise mecanismul etiologic delimitat fiind cel de factură psihogenă, iar nu unul organic central precum cel din cazul dizartriei.

4.5. Dizartrie versus disfazie

Disfazia este o tulburare de limbaj şi vorbire care presupune deficite în planul articulator, fonator, în planul ritmului şi fluenței vorbirii. Spre deosebire de tulburarea dizartrică, tulburarea disfazică nu este localizată exclusiv la nivelul fonetic-fonologic al limbajului. În cazul disfaziei mai multe componente ale limbajului pot fi afectate (morfologică, semantică şi pragmatică). Disfazia nu este cauzată de afectări neuronale la nivelul căilor motorii implicate în actul vorbirii, ci este consecința unei disfuncționalități cerebrale generalizate (Mazeau, 1999). Prin urmare, un aspect definitor al tulburării dizartrice este componenta neurologică deficitară din planul motor al limbajului.

4.6. Dizartrie versus sindromul de nedezvoltare a limbajului

Sindromul de nedezvoltare a limbajului poate fi fals diagnosticat ca fiind tulburare dizartrică, din cauza faptului că nu se dezvoltă componenta fonetico-fonologică a limbajului (Anca, 2007). Sindromul de nedezvoltare a limbajului poate avea cauze neuronale, dar nu leziuni cerebrale propriu-zise (apraxia motorie), ci mai degrabă

Scanned with OKEN Scanner

disfuncționalități cerebrale, precum și cauze psihogene așa cum apar în cazul mutismului electiv.

Nedezvoltarea limbajului implică, de asemenea, afectări ale tuturor laturilor limbajului și poate să se datoreze și unei dizabilități cognitive.

4.7. Dizartrie versus afazie motorie (Broca)

Afazia Broca presupune leziuni la nivelul ariei motorii cerebrale, cu consecințe în planul componentei expresive a limbajului. Prin urmare, diagnosticul diferențial dizartrie-afazie Broca se realizează prin intermediul localizării afectării cerebrale.

4.8. Dizartrie versus afazie senzorială (Wernicke)

Diagnosticul diferențial dintre afazia senzorială și dizartrie este mult mai ușor de realizat datorită faptului că cele două tulburări presupun localizări foarte diferite ale afectării cerebrale: afectarea cerebrală în cazul afaziei Wernicke este localizată la nivelul componentei centrale a limbajului răspunzătoare de receptarea mesajului, în timp ce afectarea neurologică în cazul dizartriei este de factură motorie, cu implicații în planul expresiv al limbajului.

4.9. Dizartrie versus dizabilitatea cognitivă propriu-zisă

Dizabilitatea cognitivă poate conduce la o serie de deficite în planul structurării limbajului (Pruthi, 2007). De obicei aceste deficite nu se rezumă exclusiv la nivelul componentei motorii a limbajului. De asemenea, în cazul dizartriei apar afectări neuronale, aspect care nu este specific dizabilității cognitive. Sunt situații în care disfuncția din planul lingvistic, dizartria, poate fi asociată cu tablouri de dizabilitate cognitivă. Această asociere nu este însă obligatoriu să se întâmple.

Scanned with OKEN Scanner

4.10. Dizartrie versus dificultăți de învățare

În cazul stabilirii diagnosticului diferențial dintre dizartrie şi dificultățile de învățare componenta neurologică este definitorie. Conform DSM-5, diagnosticul de dificultate specifică de învățare este stabilit în absența leziunilor cerebrale, a dizabilităților senzoriale, a carențelor educaționale şi a dizabilității cognitive.

Este, în schimb, foarte posibil ca dizartria să se asocieze cu o serie de tulburări specifice de învățare, mai exact, dislexie şi disgrafie. Mecanismul de asociere poate fi succint prezentat cu ajutorul metodei diagnosticului schematizat, realizat pe baza modelului lui Roulin (1981, apud Anca, 2009) al piramidei limbajului; potrivit acestui model, limbajul oral se structurează bazându-se pe integritatea structurării preachizițiilor, limbajul oral fiind la rândul lui fundamentul pentru structurarea abilităților de scris-citit, perspectiva fiind una structuralist-integratoare (Hațegan, 2011) .

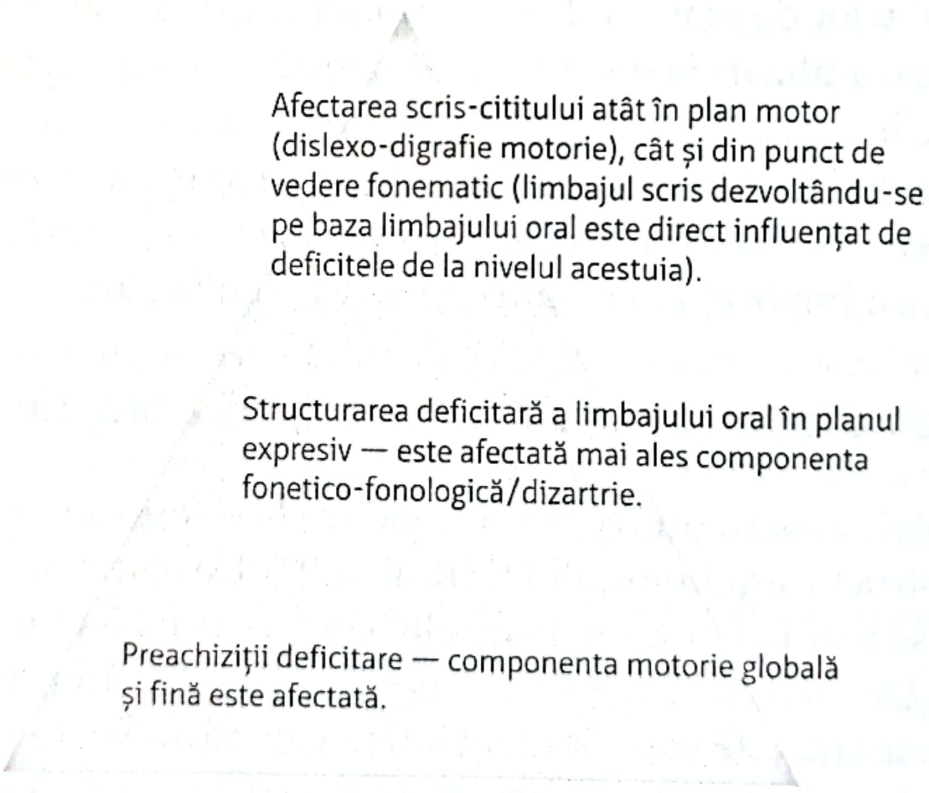

Figura 5. Diagnostic schematizat — asocierea dizartriei cu dificultățile de învățare specifice.

Scanned with OKEN Scanner

4.11. Dizartrie versus tulburări emoționale

Tulburările emoționale sunt angrenate de mecanisme psihogene, diferite față de mecanismul neurologic care constituie baza etiologică pentru tulburarea dizartrică. Este evident, ca și în cazul dificultăților de învățare, că tulburările emoționale se pot asocia cu tablourile dizartrice (Guțu, 1974). De fapt, în majoritatea cazurilor de dizartrie manifestată la copii, înaintea începerii demersurilor de intervenție logopedică, sunt pregnante tulburările emoționale, ele fiind, mai degrabă, cele care îl determină pe tutorele/părintele copilului să apeleze la un specialist. În cazurile de dizartrie, tulburările emoționale sunt direct proporționale cu sentimentul de frustrare trăit de persoana în cauză.

4.12. Dizartrie versus mutism electiv

În ambele contexte tulburarea de limbaj se localizează la nivelul componentei motorii, expresive, a limbajului. Disfuncția cerebrală minoră se pare că este incriminată frecvent drept bază etiologică și în tulburarea de limbaj — mutism electiv (Sharkey, McNicholas, 2008). Diferența dintre cele două tulburări constă în aceea că în cazul mutismului electiv apare limbaj funcțional structurat în anumite contexte, în special în contextele familiare. Pot fi identificate persoane cu care copilul/adultul cu mutism electiv poate comunica fără nicio problemă, aspect mai puțin identificabil în contextul dizartriei. Contextele sociale noi, nefamiliare, inhibă atât persoana dizartrică, cât și persoana care prezintă mutism electiv. În contextul dizartriei rămâne intenția comunicațională care se materializează în producții la îndemâna persoanei care prezintă această tulburare, în schimb persoana cu mutism electiv prezintă un comportament evitant-anxios, de cele mai multe ori limbajul lipsind cu desăvârșire.

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Având în vedere toate direcțiile de diagnostic diferențial delimitate, specificitatea tabloului dizartric poate fi delimitată prin:

– tulburare manifestată pe fondul tabloului neurologic;

– simptomatologia este de natură motorie (dificultăți de coordonare și mobilizare a aparatului fonoarticulator);

– tulburările articulatorii, de pronunție, sunt însoțite de tulburări fonatorii, de înghițire, de ritm și fluență și rezonatorii, precum și de o serie de comportamente neadecvate (mișcări involuntare ticuri).

5. Tipuri și forme ale tulburărilor dizartrice

5.1. Tipologii

În funcție de localizarea leziunilor neuronale literatura română de specialitate distinge (Guțu, 1974; Verza, Verza, 2011):

- dizartria cerebeloasă;
- dizartria corticală;
- dizartria bulbară;
- dizartria pseudobulbară;
- dizartria extrapiramidală;
- dizartria piramidală.

În literatura internațională sunt delimitate trei forme distincte de tulburare dizartrică, cu diferite variațiuni simptomatologice, atât de multe încât fiecare caz reprezintă o variațiune atipică în sine, variațiune care nu neapărat poate fi subsumată unei categorii (Duffy, 2005).

Aceste forme sunt:

- dizartria spastică;
- dizartria ataxică;
- dizartria flască.

Chiar dacă denumirile sunt foarte diferite, cele două tipuri de clasificări nu prezintă tablouri patologice specifice, ci aceeași

Scanned with OKEN Scanner

realitate noțională este denumită prin intermediul unor structuri lingvistice cu valoare aproximativ sinonimică.

Propunem în cele ce urmează o detaliere a acestor forme de dizartrie, realizând asocierile şi compatibilizările între denumirile de la nivelul acestor două clasificări.

5.2. Dizartria cerebeloasă

Această tulburare este dată de leziunea de la nivelul cerebelului, este o formă dizartrică ataxică. Tabloul simptomatologic în acest caz se prezintă astfel: tulburări de coordonare a organelor aparatului fonoarticulator, tulburări şi deficite în planul motricității fine, slaba sincronizare a mişcărilor articulatorii, dar mai ales coarticulatorii, asincronism între mişcările diferitelor segmente corporale, cu implicații asupra ritmului vorbirii, asincronism în planul coordonării mişcărilor articulatorii şi celor fonatorii. În planul motricității globale pot fi identificate, de asemenea, o serie de disfuncționalități, persoana cu tulburare cerebeloasă având semnificative dificultăți de menținere a echilibrului.

5.3. Dizartria corticală

Leziunile cerebrale sunt localizate la nivelul celor două emisfere cerebrale, la nivelul cortexului. În acest caz, consecințele atât în planul motor grosier, cât şi în planul dezvoltării abilităților expresive de limbaj sunt mult mai semnificative. Afectarea corticală implică deficite atât la nivelul componentei respiratorii, la nivelul componentei fonatorii, cât şi la nivelul componentei articulatorii a limbajului.

5.4. Dizartria subcorticală

Dizartria subcorticală are două subforme: dizartria piramidală şi dizartria extrapiramidală (Verza, Verza, 2011).

Scanned with OKEN Scanner

5.4.1. Dizartria piramidală

Sistemul piramidal (cortico-spinal) are doi neuroni: un neuron cortical, central, de comandă şi un neuron inferior, periferic sau de execuţie, care poate fi situat în măduvă sau în nucleii motori ai nervilor cranieni (Duffy, 2005). Acesta este implicat în controlul mişcărilor voluntare. Prin urmare, dizartria piramidală se caracterizează prin diferite tulburări atât ale actului articulator, fonator, cât şi respirator. Pot apărea deficite la nivelul unei singure componente a tractului fonoarticulator (componenta articulatorie, fonatorie sau respiratorie), în funcţie de localizarea leziunii. Dizartria pe care o identificăm în contextul leziunilor piramidale este cea flască.

5.4.2. Dizartria extrapiramidală

Calea extrapiramidală îşi are originea în etajele corticale şi subcorticale (căile nervoase descendente ajung la nucleii bazali, care conduc la măduva spinării) — Duffy, 2005. Aceasta gestionează mişcările involuntare, semiautomate şi automate. Dizartria extrapiramidală se caracterizează astfel prin prezenţa unei serii de mişcări involuntare, stereotipe, grimase faciale, dischinezii.

Dintre dischineziile prezente menţionăm (http://pegasus.cc.ucf.edu/~cwatts/spa3101/Neuro4.html):

- *miocloniile* — acestea se referă la mişcările involuntare ale diferitelor grupe musculare; acestea pot fi activate şi de diferiţi stimuli vizuali, olfactivi, tactili; pot apărea mişcări sincrone la nivelul unei singure grupe musculare sau la nivelul mai multor grupe musculare. De exemplu, sughiţul este mişcarea involuntară de la nivelul muşchiului diafragmei.
- *ticuri* — mişcări repetitive pe care persoana afectată nu şi le poate inhiba;
- *mişcări coreice* — mişcări rapide, involuntare, repetitive ale diferitelor părţi ale corpului. Ele sunt executate fără sens şi pot

Scanned with OKEN Scanner

apărea atât în poziția posturală, cât şi atunci când persoana face mişcări sau stă întinsă (Guțu, 1974);

- *atetoza* — mişcări lente ale unei părți a corpului. Ele se pot asocia cu mişcările coreice. Mişcările atetozice sunt specifice în cazurile de paralizie cerebrală;
- *distonia* — face parte din categoria tulburărilor hiperchinetice. Este caracterizată printr-o postură anormală, involuntară ca urmare a contracției exagerate a unei grupe musculare. De exemplu, crampa scriitorului este o formă de distonie;
- *spasmul* — este denumirea generică pentru orice tip de contracție musculară. Spasmul poate fi tonic (presupune o contracție prelungită) sau clonic (repetitiv) — Boşcaiu, 1983;
- *tremurul* — este o mişcare scurtă repetitivă de la nivelul unei părți a corpului. Tulburarea este cauzată de disfuncționalități la nivelul circuitului cerebelar.

Cele două sisteme, cel piramidal şi cel extrapiramidal, sunt sisteme motorii descendente. Prin intermediul acestora centrii encefalici exercită fie control voluntar (sistemul piramidal), fie control involuntar (sistemul extrapiramidal) asupra musculaturii scheletice şi au rol în asigurarea tonusului muscular, în gestionarea activității motorii, în menținerea echilibrului şi a posturii.

În aceste condiții, componenta motorie implicată în actul lingvistic poate fi afectată fie prin imposibilitatea punerii în lucru a grupelor musculare care sunt angrenate în vorbire (calea piramidală), fie prin imposibilitatea controlului mişcărilor involuntare, automate, care pot parazita vorbirea (calea extrapiramidală) — Webb, Adler, 2008.

5.5. Dizartria bulbară

Presupune afectarea bulbului cerebral, origine a patru perechi de nervi cranieni (IX, X, XI, XII). În aceste condiții tabloul patologic este complex, de tip atrofie musculară la nivelul componentelor tractului fonoarticulator (Finsterer, 2009).

Scanned with OKEN Scanner

În continuare vom realiza o detaliere a perechilor de nervi cranieni cu origine bulbară pentru a facilita aproximarea complexității tabloului dizartriei bulbare. Această abordare este fundamentată teoretic de: Duffy (2005); Rondal şi Seron (1999); Webb şi Adler (2008).

Perechea de nervi cranieni IX — *Glosofaringianul* este un nerv mixt, senzitiv-motor. Acesta controlează musculatura muşchiului stilofaringian, este implicat în secreția salivară şi secreția glandei parotide, inervează treimea posterioară a cavității bucale, controlează cavitatea timpanică şi trompa lui Eustachio, inervează mucoasa laringiană şi amigdaliană.

Perechea de nervi cranieni X — *Vagul* este un nerv mixt, senzitiv-motor. Acesta inervează şi controlează activitatea vegetativă, activitatea viscerală (inervează zona cardioaortică, zona bronhopulmonară, pancreas, ficat, stomac), controlează activitatea corzilor vocale, parțial a epiglotei, controlează musculatura faringiană (cu excepția stilofaringianului, care este inervat de nervul glosofaringian) şi laringiană. Prin urmare, nervul vag are rol în funcția: fonatorie, respiratorie, articulatorie, tuse, înghițit, vomă.

Perechea de nervi cranieni XI — *Spinalul* este un nerv motor. Acesta controlează muşchiul sterno-cleido-mastoidian, cu rol în rotirea şi înclinarea capului şi muşchiul trapez. Spinalul are rol şi în controlul musculaturii laringelui şi vălului palatin.

Perechea de nervi XII — *Hipoglosul* este un nerv motor. Acesta controlează mişcările limbii. Acesta are un rol extrem de important în articularea sunetelor, precum şi în înghițire.

5.6. Dizartria pseudobulbară

În timp ce dizartria bulbară este cauzată de afectarea neuronului motor periferic şi se caracterizează prin hipotrofie şi hipotonie musculară, dizartria pseudobulbară se caracterizează prin afectarea neuronului motor central, cu manifestare de tipul reflexelor

Scanned with OKEN Scanner

patologice, spastică. Sialoreea este specifică dizartriei pseudo-bulbare, la fel ca deperdiția nazală. Astfel, în contextul tulburării dizartrice pseudobulbare sunt evidente tulburările de voce (Verza, Verza, 2011).

5.7. Dizartria spastică

Conform datelor prezentate de Duffy, (2005), date preluate după statisticile Clinicii Mayo, din totalul tulburărilor de limbaj, 41% sunt tulburări motorii, dintre acestea 54% sunt tulburări dizartrice.

Tulburările motorii se distribuie astfel, potrivit aceleiaşi surse:

Tabelul 4. Incidența tulburărilor motorii de limbaj.

Tulburarea motorie	Procente ale incidenței
Tulburare mixtă	27%
Tulburare hipokinetică	8%
Tulburare hiperkinetică	18%
Tulburare ataxică	10%
Tulburare spastică	8%
Tulburare flască	8%
Apraxia vorbirii	8%
Afectarea unilaterală a neuronului motor	8%
Anartrie	2%
Forme dizartrice nedeterminate	3%

Dizartria spastică este o tulburare de vorbire cauzată de afecțiunea bilaterală a activării directe sau indirecte a căilor sistemului nervos central. Aceasta se poate manifesta la nivelul tuturor componentelor aparatului fonoarticulator: componenta respiratorie, fonatorie, rezonatorie şi articulatorie. De menționat este faptul că, în general, nu este limitată la o singură componentă a aparatului fonoarticulator.

Scanned with OKEN Scanner

Calea activării directe, cunoscută şi sub denumirea de *tract piramidal* sau *sistem motor direct*, formează sistemul UMN (Upper Motor Neuron). Calea de activare indirectă, cunoscută şi sub denumirea de *tract extrapiramidal* sau *sistem motor indirect*, este de asemenea parte din sistemul UMN. Calea de activare indirectă este crucială pentru reglarea reflexelor şi menţinerea posturii, a tonusului şi a mişcărilor asociate care oferă un cadru bazal pentru mişcările fine. Multe din activităţile sale sunt inhibitorii.

Trăsăturile clinice ale dizartriei spastice reflectă efectele tonusului muscular excesiv şi slăbiciunea în actul vorbirii. Sunt prezente unele reflexe în mod patologic, aşa cum este listat reflexul lui Babinski. Spasticitatea şi tremurul muscular apar atunci când se face presiune asupra unei grupe musculare.

Persoanele cu paralizii spastice manifestă mişcări lente şi slăbiciune de la afecţiunea căii de activare directă, la fel şi tonus muscular scăzut şi spasticitate de la afecţiunea căii de activare indirectă.

Percepţiile şi plângerile pacienţilor

Persoanele care prezintă dizartrie spastică menţionează ca fiind definitorie caracteristica vorbirii încetinite şi cu efort. Aceştia menţionează şi caracterul nazal al vorbirii, deşi acest caracter este mai comun în dizartria flască.

Un alt aspect listat de persoanele care prezintă dizartrie spastică este prezenţa tulburărilor de înghiţire şi mestecare, precum şi de control al reacţiilor emoţionale. În acest sens sunt menţionate plânsul şi râsul patologice, rar întâlnite în alte forme dizartrice.

Aspecte clinice

Dizartria spastică este adesea asociată aspectelor motorii bilaterale şi simptomelor de la nivelul membrelor, care fac evidentă prezenţa implicării bilaterale a SNC (sistemul nervos central).

Paralizia spastică bilaterală afectând muşchii bulbari, tradiţional a fost numită *paralizie pseudobulbară*. Mulţi neurologi folosesc acest termen pentru a descrie vorbirea din tabloul dizartric spastic.

Scanned with OKEN Scanner

Caracteristicile vorbirii patologice asociate cu dizartria spastică nu sunt descrise prin listarea fiecărui nerv cranian şi a caracteristicilor vorbirii asociate cu funcţiile anormale ale acestuia. Şi aceasta, datorită faptului că dizartria spastică este asociată cu pattern-uri ale mişcării afectate, mai degrabă decât cu slăbiciunea muşchilor individuali. În plus, dizartria spastică este asociată cu deficite la toate nivelurile tractului fonoarticulator, ceea ce conduce la scăderea drastică a inteligibilităţii vorbirii.

Astfel, au fost puse în evidenţă deficite la nivelul respiraţiei, la nivelul funcţiei velofaringiene, la nivelul mişcărilor articulatorii şi fonatorii. Aceste deficite conduc la identificarea unui ritm încetinit al vorbirii, monoton. Rata vorbirii încetinite poate duce la o percepţie a accentului excesiv sau egalizat, pentru că durata mai prelungită a silabelor este asociată cu silabele accentuate.

Din punct de vedere articulator se poate menţiona distorsiunea consoanelor şi a vocalelor, datorită reducerii tonusului muscular al componentelor aparatului fonoarticulator.

Rezonanţa vorbirii este hipernazală din cauza încetinirii mişcărilor de la nivelul sfincterului velofaringian. Din punct de vedere fonator se pot menţiona următoarele caracteristici: intensitatea scăzută a vocii, pauzele lungi, propoziţiile scurte, stridenţa vocii. Aceste caracteristici fonatorii par a reflecta eforturi de producere a vocii prin glota îngustată, cu reducerea lungimii propoziţiilor şi a nivelului intensităţii fonaţiei.

5.8. Dizartria ataxică

Dizartria ataxică este o tulburare motorie distinctivă a vorbirii, asociată cu afecţiuni ale circuitului de control cerebelar. Sunt afectate: respiraţia, fonaţia, rezonanţa şi articularea, dar definitorii pentru acest tip de dizartrie sunt deficitele articulatorii şi cele de la nivelul componentei suprasegmentale a vorbirii. Această tulburare

Scanned with OKEN Scanner

reflectă efectele de necoordonare şi reducere a tonusului muscular, care duc la încetinirea şi inexactitatea în ceea ce priveşte forța, tipul, timpul şi direcția mişcărilor vorbirii.

Potrivit datelor privind diagnosticarea tulburărilor de vorbire realizată în cadrul clinicii Mayo, se poate evidenția că tulburării dizartrice de tip ataxic îi revin 10% dintre toate tipurile de dizartrie. Când suntem confruntați cu vorbirea unei persoane cu dizartrie ataxică, prima impresie nu este de subliniere a slăbiciunii, de rezistență la mişcare, ori restricție a mişcării, ci este, mai degrabă, una a unei activități care este slab sincronizată şi coordonată. Astfel, de foarte multe ori aceste persoane sunt percepute ca aflându-se sub influența băuturilor alcoolice, a drogurilor sau a anumitor forme de medicație.

Aparatul fonoarticulator

Examinarea aparatului fonoarticulator nu relevă de obicei aspecte deficitare. Aceasta înseamnă că mărimea, puterea şi simetria mandibulei, feței, limbii şi palatului moale sunt normale, cel puțin în timpul realizării expresiilor faciale emoționale şi în timpul susținerii posturii. Reflexele orale patologice sunt absente. Salivația are o frecvență redusă.

Mişcările alternative motorii ale mandibulei, buzelor şi limbii pot fi neregulate. Acest lucru este mai evident în realizarea mişcărilor laterale ale limbii sau în retragerea şi țuguierea buzelor.

Vorbirea

La fel ca în cazul dizartriei spastice, caracteristicile vorbirii patologice specifice dizartriei ataxice nu sunt uşor descrise prin listarea fiecarui nerv cranian şi a caracteristicilor vorbirii asociate cu funcțiile acestuia. Dizartria ataxică este asociată mai degrabă cu tulburări de coordonare a pattern-urilor mişcărilor decât cu deficite musculare individuale, iar această lipsă de coordonare între mişcările simultane şi succesive este ceea ce îi conferă acel

Scanned with OKEN Scanner

caracter distinctiv. Este o tulburare predominant articulatorie şi prozodică.

Caracteristice vorbirii ataxice sunt următoarele:

- articularea imprecisă, caracterizată prin distorsiunea consoanelor şi vocalelor, ceea ce reflectă inexactitatea mişcărilor articulatorii şi disritmia mişcărilor repetate de la nivelul mandibulei, feţei şi limbii. Pot fi afectate şi mişcările laringiene sau velofaringiene;
- excesul prozodic, caracterizat prin accentuarea excesivă, foneme prelungite, intervale prelungite şi rata articulatorie mai lentă;
- insuficienţa fonator-prozodică, reprezentată de asprime, caracterul unic al înălţimii sunetului şi caracterul strident al sunetului. Aceste tulburări pot fi atribuite insuficientei elongaţii a muşchilor (laringiali şi probabil respiratorii), ca rezultat al hipertoniei.

Este important de menţionat faptul că specificul vorbirii persoanelor ataxice este foarte diferit de la caz la caz. Investigaţia neurologică este cea care asigură diagnostic diferenţial, la nivelul categoriei tulburării dizartrice.

Relevante pentru această tulburare sunt caracteristicile care ţin de particularităţile mersului, ale poziţiei bipede, ale mişcărilor globilor oculari. Persoanele cu dizartrie ataxică reuşesc cu dificultate să îşi păstreze poziţia verticală, au un mers necoordonat şi prezintă mişcări neregulate la nivelul globilor oculari.

5.9. Dizartria flască

Dizartria flască reprezintă un grup de tulburări motorii de vorbire percepute distinct şi cauzate de răniri sau de disfuncţii ale unuia sau mai multor nervi cranieni sau spinali. Aceasta se poate manifesta la nivelul uneia sau a tuturor componentelor aparatului fonoarticulator: respirator, fonator, rezonator şi articulator.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 5. Relația dintre afectarea nervilor cranieni și spinali și particularitățile structurării limbajului (după Duffy, 2005, p. 119).

Efectele unilaterale și bilaterale ale nervilor cranieni și spinali asupra vorbirii. Nervii IX și XI nu sunt incluși din cauza efectelor puțin importante și neclare pe care lezarea lor le are asupra vorbirii.

	Respirator-fonator		Rezonanță		Articulare		Prozodie	
Nerv cranian	Unilateral	Bilateral	Unilateral	Bilateral	Unilateral	Bilateral	Unilateral	Bilateral
V	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	articulare imprecisă a: bilabialelor, labiodentalelor, dentalelor, alveolarelor, vocalelor, sunetelor care implică mișcări fine, lichidelor.	niciunul	ritm lent
VII	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	ușoară deformare a: bilabialelor, labiodentalelor, consoanelor anterioare fricative și africate.	deformarea sau incapacitatea de a produce sunete bilabiale și labiodentale; deformarea vocalelor; deformarea consoanelor anterioare fricative și africate.	niciunul	ritm lent

Scanned with OKEN Scanner

	Respirator-fonator		Rezonanță		Articulare		Prozodie	
Nerv cranian	**Unilateral**	**Bilateral**	**Unilateral**	**Bilateral**	**Unilateral**	**Bilateral**	**Unilateral**	**Bilateral**
X Deasupra ramurii faringiene	murmurare, volum scăzut, înălțime redusă, fraze scurte, disfonie, diplofonie	murmurare, afonie, fraze scurte, stridor inspirator	ușoară nazalizare, emisii nazale	hipernazalizare moderată, emisii nazale	niciunul (consoane cu tensiune scăzută)	consoane cu tensiune scăzută	fraze scurte	fraze scurte
X Sub ramura faringiană	la fel ca mai sus	la fel ca mai sus	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	fraze scurte	fraze scurte
X Deasupra ramurii	murmurare, disfonie	murmurare, disfonie	volum, înălțime	niciunul	niciunul	niciunul	fraze scurte	fraze scurte
X Ramura recurentă	murmurare, disfonie, volum scăzut, diplofonie	murmurare, disfonie, volum scăzut	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	fraze scurte	fraze scurte
XII	niciunul	niciunul	niciunul	modificat	consoane ușor distorsionate	consoane imprecise (ușor spre sever distorsionate); deformări ale vocalelor.	niciunul	ritm lent
Nerv spinal respirator	niciunul	volum, înălțime, variabilitate redusă, voce tensionată	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	niciunul	fraze scurte, înălțime redusă și volum variabil

Scanned with OKEN Scanner

Printre caracteristicile primare ale tulburării de vorbire, în dizartria flască menționăm: slăbiciunea musculară şi tonusul muscular scăzut şi efectele lor asupra vitezei, categoriei şi acurateței mişcării necesare vorbirii; hipotonia; diminuarea reflexelor asociate cu fasciculații şi fibrilații. (*Fasciculațiile* sunt zvâcniri vizibile, aritmice, izolate ale muşchiului aflat în stare de repaos, determinate de descărcarea spontană a unității motorii, ca răspuns la degenerescența sau iritarea nervului. *Fibrilațiile* sunt contracții independente, invizibile, spontane ale fibrelor musculare individuale, care reflectă potențialul acțiunilor repetitive slabe. Popovici et al., 2000; Duffy, 2005.) Acestea pot fi detectate electromiografic, în aproximativ una–trei săptămâni după ce muşchiul a fost privat de stimulii nervilor motori. În general, fasciculațiile şi fibrilațiile nu sunt prezente în bolile musculare. Toate aceste caracteristici se accentuează odată cu utilizarea extensivă a grupelor musculare implicate.

Spre deosebire de celelalte tipuri de dizartrie, dizartria flască reflectă uneori implicarea unui singur grup de muşchi sau a unui subsistem de vorbire (de exemplu, fonator, articulator).

În tabelul 5 sunt prezentate implicațiile afectării nervilor craniani şi spinali asupra vorbirii.

6. Demersul de evaluare

Având în vedere particularitățile tabloului simptomatologic în contextul dizartriei, demersul de evaluare poate să vizeze:

- abilitățile motorii (atât abilitățile motorii globale, cât şi cele referitoare la limbaj);
- abilitățile respiratorii;
- abilitățile fonatorii;
- abilitățile articulatorii.

Aceste direcții de evaluare sunt fructificate, sub aspect terapeutic, pentru configurarea programului de intervenție, în funcție de particularitățile diagnostice ale fiecărui caz.

Scanned with OKEN Scanner

Direcțiile de evaluare logopedică, în contextul tulburării dizartrice, nu diferă de direcțiile de evaluare din contextul dislaliei, ceea ce înseamnă că fișa de caracterizare logopedică, detaliată în capitolul III din acest volum, poate fi utilizată și pentru stabilirea diagnosticului de dizartrie. Fișa poate fi completată prin utilizarea tuturor procedurilor descrise la nivelul capitolului amintit (emiterea izolată a fonemelor limbii române, albumul logopedic, aplicațiile logopedice etc.). Diferența majoră dintre tulburarea dizartrică și cea dislalică este subliniată de examenul neurologic, iar nu de cel logopedic, ambele fiind tulburări de pronunție.

Pentru componenta motorie a limbajului delimităm procedura de evaluare *Diadochokinesis*. Prin materializarea acestei proceduri, terapeutul limbajului poate evalua abilitățile motorii, articulatorii, precum și abilitățile coarticulatorii. Procedura constă în repetarea unei silabe sau asocieri de silabe (asocierile de silabe presupun structuri care implică mișcări articulatorii fine, ele sunt fără sens) într-o unitate de timp dată (de obicei 5 până la 15 secunde). Se consemnează astfel numărul de silabe corect repetate. Cardeiro (2005) prezintă această metodă subliniind faptul că silabele care pot oferi cele mai acurate informații despre abilitățile articulatorii ale persoanei cu dizartrie sunt „puh", „tuh", „cuh" și asocierile acestora „puhtuhcuh". Fletcher (1972) descrie această metodă și oferă și date cu valoare de etalon pentru populația infantilă vorbitoare de limba engleză (cu vârste cuprinse în intervalul 6–13 ani) cu privire la timpul mediu al pronunției celor trei silabe independent și la nivelul unei secvențe (copilului evaluat i se cerea să repete silabele de 20 de ori).

Structurile care pot fi utilizate sub forma acestei metode pot fi diverse alte silabe (de exemplu: „pa", „ta", „ca" sau chiar cuvinte familiare: „pata", „data"). Această procedură este utilizată și în cazul adulților, literatura de specialitate oferind date chiar sub formă de norme standardizate în acest sens (Icht, Ben-David, 2014). Pentru limba română, rămâne ca studiile viitoare să exploreze mai mult implicațiile diagnostice și terapeutice ale acestei metode.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru evaluarea componentei respiratorii şi fonatorii se recomandă utilizarea *testului timpului maxim de fonație (TMF)* şi a *testului S-Z*.

Valoarea TMF reprezintă timpul în care o emisie vocală poate fi susținută pe o singură expirație fonatorie după o inspirație maximă. Limita inferioară de la care se consideră TMF patologic este de 15 secunde pentru bărbați şi 10 secunde pentru femei (Bodea Hațegan, 2013 apud Mureşan, 2010).

Testul S-Z oferă date despre activitatea corzilor vocale prin raportarea timpului maxim alocat pronunției literelor S şi Z pe o singură expirație. Cu cât valoarea testului S-Z se îndepărtează de 1, cu atât sunt delimitate mai multe tulburări la nivelul actului fonator (Bodea Hațegan, 2013).

Particularitățile demersului de evaluare din contextul dizartriei pot fi desprinse şi de pe marginea detalierii demersului de intervenție.

7. Demersul de intervenție

Caracteristicile tabloului dizartric delimitează de fapt direcțiile terapeutice:

- intervenția în plan motor;
- intervenția în plan respirator;
- intervenția în plan fonator;
- intervenția în plan articulator.

Toate aspectele mai sus menționate privesc componenta lingvistică, comunicațională. Un important aspect pe care terapia limbajului adresată copilului sau adultului care prezintă dizartrie trebuie să îl țintească este şi aspectul cognitiv.

Sunt situații în care tulburarea dizartrică nu este atât de serioasă, mai ales în cazul adulților, caz în care terapia tulburărilor de limbaj nu este recomandată, ci mai degrabă se recomandă informarea adecvată a persoanei în legătură cu particularitățile şi

Scanned with OKEN Scanner

caracteristicile diagnostice. În astfel de cazuri activitățile de informare asigură conştientizarea specificului tulburării şi reducerea celor mai importante implicații, anume implicațiile emoționale.

7.1. Intervenția în planul motor

Obiective:

- dezvoltarea conduitelor motorii de bază (mers, prehensiune, mişcări de rotație, de supinație şi pronație);
- dezvoltarea musculaturii fine (față, limbă, buze, mandibulă, văl palatin, musculatura laringiană, digitală, manuală);
- dezvoltarea abilităților de coordonare musculară (ochi, picior, mână).

În vederea atingerii acestor obiective sunt desfăşurate activități sub formă de joc în cazul copiilor. În cazul adulților, exercițiile pot fi demonstrate de terapeutul care oferă şi explicații în vederea asigurării realizării lor, adultul făcând exercițiile acasă, singur. Toate exercițiile se regăsesc în capitolele III şi IV ale volumului *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție* (Bodea Hațegan, 2013). În cazul dizartricului, ele trebuie adaptate la particularitățile diagnostice şi de dezvoltare ale acelora cu care se lucrează.

7.2. Intervenția în plan respirator

Tulburările de respirație însoțesc majoritatea formelor de dizartrie. Acestea se ipostaziază diferit în funcție de localizarea leziunii, de gravitatea acesteia, de particularitățile cazului.

Obiective:

În cazul unei tulburări extrapiramidale unde pot să apară o serie de mişcări involuntare, manifestate chiar şi în plan motor, se urmăreşte:

- creşterea controlului asupra mişcărilor respiratorii;
- eliminarea dischineziilor respiratorii;

Scanned with OKEN Scanner

- dezvoltarea capacității de prelungire a actului expirului și inspirului;
- dezvoltarea abilităților de coordonare a musculaturii în actul respirator;
- creșterea volumului respirator;
- creșterea preciziei respiratorii.

În situația unei dizartrii spastice (pseudobulbare), care presupune afectarea neuronului motor central, se urmărește:

- reducerea spasmului respirator;
- intensificarea controlului asupra actului respirator voluntar;
- creșterea volumului respirator;
- diferențierea respirației orale de cea nazală;
- coordonarea undei de aer prin cavitatea bucală sau/și nazală;
- reducerea/eliminarea deperdiției nazale.

Tulburarea ataxică (cerebeloasă) presupune formularea următoarelor obiective în vederea dezvoltării abilităților respiratorii:

- intensificarea coordonării în actul respirator;
- creșterea volumului respirator;
- formarea unui ritm respirator funcțional;
- asigurarea respirației profunde, costoabdominale.

Exercițiile și activitățile ce trebuie derulate pentru atingerea acestor obiective sunt descrise pe larg în capitolele III și IV ale volumului mai sus menționat (Bodea Hațegan, 2013).

7.3. Intervenția în plan fonator

În plan fonator se urmărește:

- dezvoltarea musculaturii tractului fonator;
- dezvoltarea abilităților de creștere a presiunii subglotice;
- emiterea vocii pe frecvențe adecvate vârstei, statutului social, genului și nevoilor comunicaționale;
- dezvoltarea abilităților de control al intensității vocii;
- eliminarea spasmelor/dischineziilor fonatorii;

Scanned with OKEN Scanner

- creşterea flexibilității vocii prin asigurarea unui ritm fonator adecvat;
- dezvoltarea abilităților de control al actului fonației (prelungirea emiterii vocii, alternarea prelungirii emiterii vocii, cu pauze);
- coordonarea mişcărilor respiratorii, a celor fonatorii şi articulatorii.

Vocea se emite şi se modelează cu ajutorul vocalei „a", apoi cu alte vocale şi consoane (care pot fi prelungite) — Stănică, Ungar, Benescu, 1983.

Mai întâi se pronunță vocala „a", prelungit (aaaaaaaaaaaa), scurt (aaa), cu pauze alternative (*aaaaaaaa* pauză *aaa* pauză *aaaaaa* pauză). Apoi se insistă asupra articulării vocii în registre de tonalități diferite („a" înalt, „a" grav, „a" neutral), cu intensități diferite („a" rostit în şoaptă, situație în care presiunea subglotică creşte, musculatura aparatului fonoarticulator se tensionează şi se facilitează articularea sunetului, „a" rostit cu voce tare, „a" rostit cu o intensitate moderată a vocii).

7.4. Intervenția în plan articulator

7.4.1. Nivelul pronunției sunetelor izolate

În cele mai multe cazuri de dizartrie, nivelul scăzut al inteligibilității vorbirii este dat de abilitățile articulatorii deficitare. Astfel, aceste persoane întâmpină o serie de dificultăți în articularea în special a consoanelor explozive — din cauza faptului că acestea facilitează producerea spasmului articulator (în contextul unei tulburări spastice, extrapiramidale, pseudobulbare), explozia nu poate fi asigurată în cazul tulburărilor flasce, caracterizate prin hipotonie musculară (dizartria bulbară). Articularea explozivelor implică şi un grad crescut de concentrare al undei de aer, precum şi o coordonare fină a aparatului fonoarticulator, astfel că explozivele pot fi deficitar structurate şi în cazul tulburărilor ataxice (cerebeloase).

Scanned with OKEN Scanner

Fricativele, în special siflantele şi şuierătoarele, pot fi foarte afectate în contextul hipertoniei musculare, în contextul tulburării dizartrice spastice, din cauza incapacității de coordonare fină a aparatului fonoarticulator şi de eliminare continuă a undei de aer expirator. Slaba coordonare musculară şi hipotonia musculară conduc la scăderea capacității efortului articulator, cu consecințe în planul articulării siflantelor şi şuierătoarelor. Lipsa unei fine coordonări a componentelor aparatului fonoarticulator poate afecta şi pronunția fricativelor.

O situație distinctă poate fi identificată în cazul consoanei „h", atunci când este afectat nervul glosofaringian. Astfel, în această situație articularea sunetului „h" se realizează cu foarte mare dificultate, din cauza capacității musculare deficitare de la nivelul faringian şi de la nivelul rădăcinii limbii.

În condițiile în care atât explozivele, cât şi fricativele pot fi substanțial afectate, emiterea africatelor poate fi şi ea semnificativ influențată.

În cazul în care tabloul dizartric presupune şi deperdiție nazală, toate sunetele orale ale limbii române pot fi afectate din cauza parazitării spectrului acustic cu un caracter rezonator nazal.

Pronunția consoanei lichide „l" poate fi afectată şi atunci când este deficitar controlată musculatura nervului hipoglos. Forma prin care acest sunet poate fi afectat este de tipul unilateralizării pronunției.

Consoana vibrantă „r" poate fi afectată în mod substanțial, în toate contextele patologice dizartrice, din cauza particularităților articulatorii ale acesteia, particularități care presupun un tonus muscular lingual foarte bun, o coordonare funcțională a tuturor componentelor aparatului fonoarticulator, eliminarea spasmelor şi dischineziilor.

Pronunția sunetelor vocalice este mult mai puțin influențată decât cea a consoanelor. Vocala „i" poate fi influențată cel mai mult din cauza înălțimii acesteia, în condițiile în care persoana care prezintă dizartrie concentrează cu mare dificultate unda de

Scanned with OKEN Scanner

aer expirator. De asemenea, vocalele labiale rotunjite „o" şi „u" pot fi foarte mult afectate, în condițiile în care este afectată funcționalitatea musculaturii faciale, labiale şi mandibulare (în contextul dizartriei bulbare). Deopotrivă, afectarea musculaturii faciale şi mandibulare poate influența semnificativ şi articularea sunetelor vocalice „e" şi „i".

Prezența ticurilor, a grimaselor faciale, a mişcărilor involuntare, poate afecta pronunția oricărui sunet din limba română, astfel că în contextul dizartriei extrapiramidale pot apărea o serie de situații specifice suplimentare în planul articulator.

7.4.2. Nivelul coarticulator

Tulburările articulatorii sunt mult mai reduse în comparație cu numărul tulburărilor coarticulatorii. Din cauza nevoii de coordonare foarte fină a aparatului fonoarticulator, situație aproape imposibil de asigurat de către persoanele care prezintă dizartrie, apar în mod inevitabil o serie de tulburări ale pronunției coarticulate.

Majoritatea contextelor coarticulatorii sunt foarte dificil de abordat de persoana dizartrică. Se remarcă însă intensificarea gradului de severitate a dificultăților de coarticulare, în condițiile în care se coarticulează:

- grupuri consonantice („gr", „fl", „bl", „pr", „str", „cl", „sl", „pt", „tr", „mn", „bd", „cr", „dr", „sc", „fr", „st", „br", „vr", „şt");
- diftongi (fie diftongi ascendenți — „oa", „ia", „ea", „ua", „ie"; fie diftongi descendenți „ai", „ei");
- triftongi („ioa", „eoa");
- structuri care conțin hiat (aortă, ie, aerisit, hiat);
- grupurile de litere (ce, ci, ge, gi, che, chi, ghe, ghi).

În condițiile în care componenta imitatorie funcționează eficient, terapia logopedică în cazul persoanelor dizartrice se bazează pe aceasta şi mai ales pe tehnicile de facilitare, tehnici care se folosesc în toate tablourile de tulburări de limbaj cu substrat neurologic, chiar şi în tablourile afazice (Anca, 2009).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 6. Listă de cuvinte care conțin grupuri consonantice.

Gr	**Fl**	**Pr**	**Bl**	**Str**	**Cl**
Groasă	Floare	Prună	Bluză	Strugure	Clasă
Greu	Flaut	Pralină	Bloc	Strungă	Clinică
Groază	Flipchart	Pricină	Blid	Strivi	Clapă
Gratis	Afla	Prunc	Blat	Stropi	Binoclu
Grajd	Tiflă	Preajmă	Blană	Strigoi	Club
Grămadă	Teflon	Prilejui	Blog	Stringent	Clandestin
Agrava	Flanelă	Preot	Blufa	Strănut	Clarinet
Tigru	Flauşat	Apriori	Blugi	Struț	Aclama
Grunjos	Fluture	Apreta	Blazon	Stranã	Clanță
Grijuliu	Flata	Aprig	Blondă	Străduință	Climă
Sl	**Pt**	**Tr**	**Mn**	**Bd**	**Cr**
Slabă	Opta	Tractor	Lemn	Abdica	Crampă
Slănină	Lapte	Tribunal	Astm	Abductor	Crud
Slut	Aptă	Atrage	Basm	Abdomen	Acru
Islam	Luptă	Extrage	Pumn	Nerăbdător	Creponat
Slugă	Ptoză	Tropăi	Amnezie	Nerăbdare	Crivăț
Fr	**Sc**	**Șt**	**St**	**Br**	**Vr**
Frunză	Scapă	Știm	Stambă	Braconaj	Vrabie
Frig	Scump	Știr	Stilou	Brazdă	Vraiște
Franjur	Scaun	Ștrampi	Stup	Brigadă	Vreun
Friptă	Ascunde	Ștrand	Astupa	Briceag	Covrig
Frag	Scund	Aștepta	Stigmat	Brun	Vreme

Terapia se inițiază pe voce şoptită, modelele articulatorii şi coarticulatorii fiind extrem de importante.

Etapele demersului logopedic în tabloul patologic dizartric sunt similare cu cele ale terapiei logopedice clasice: etapa pregătitoare (sunt antrenate şi dezvoltate preachizițiile), etapa emiterii sunetului, etapa diferențierii sunetului izolat emis, etapa consolidării sunetului, etapa diferențierii sunetului la nivel de silabe şi cuvinte, etapa automatizării sunetului. Este important de reținut faptul că demersul terapeutic în cazul dizartriei urmăreşte dezvoltarea

Scanned with OKEN Scanner

abilităților comunicaționale funcționale, mai ales în situația în care este cunoscută abilitatea crescută a dizartricilor de a reproduce structuri lingvistice date, precum şi abilitatea coarticulatorie foarte scăzută a acestora, cu semnificative implicații în planul inteligibilității vorbirii.

7.4.3. Etapa pregătitoare

Activitățile din această etapă sunt gândite cu țintă asupra limbajului. În această etapă se vizează antrenarea preachizițiilor de care este nevoie în vederea dezvoltării limbajului oral, precum şi a celui scris (Roulin, 1991 apud Anca, 2009). Întrucât dizartria este o tulburare localizată la nivelul componentei motorii a limbajului, în etapa pregătitoare se antrenează abilitățile motorii generale şi fine la nivelul membrelor superioare, inferioare, la nivelul aparatului fonoarticulator. Exercițiile şi activitățile care se propun sunt calibrate în funcție de tipul tulburării dizartrice. Astfel, dacă tulburarea dizartrică este de tip bulbar, cu afecțiuni la nivelul musculaturii limbii, exercițiile adresate motricității, asupra cărora se insistă, sunt exercițiile pentru motricitatea limbii.

Componenta motorie are o importanță crescută în economia demersului terapeutic şi din cauza faptului că pot apărea o serie de tulburări respiratorii şi fonatorii, antrenate tot de o dinamică musculară deficitară, care nu permite materializarea abilităților funcționale. În acest fel putem exemplifica situația tremurului muscular din tabloul dizartriei extrapiramidale, care poate conduce la tulburări de ritm şi fluență, din cauza slabei coordonări a inspirului şi expirului, precum şi a secvențialității cu care este necesar să se pună în lucru categoriile de mușchi abdominali, costali, toracali, în vederea concretizării actelor respiratorii. De asemenea, tremurul menționat poate antrena mişcări necontrolate la nivelul cavității laringiene, cu implicații asupra vocii la nivelul intensității (rezultă o voce foarte slabă), înălțimii vocii (poate apărea diplofonia sau vorbirea în falset), dar mai ales la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul calității și sustenabilității vocii (vocea este inconsistentă, tremurândă).

Abilitățile respiratorii sunt, de asemenea, vizate, se insistă asupra diferențierii respirației verbale de cea nonverbală și a respirației orale de cea nazală. În cazurile în care se impune acest lucru, se insistă asupra dezvoltării unei respirații profunde prin creșterea volumului respirator, a forței respiratorii și a preciziei de coordonare a jetului de aer expirator.

Coordonarea undei de aer și prin cavitatea nazală sau dirijarea undei de aer exclusiv prin cavitatea bucală se exersează prin exerciții specifice tabloului rinolalic, această disfuncționalitate putând fi frecvent întâlnită și în cazul vorbirii dizartrice.

Abilitățile fonatorii sunt vizate, de asemenea, vocea emițându-se prin rostirea vocalei „a" prelungit și vibrarea corzilor vocale. În cazul dizartricilor, exercițiile de antrenare a vocii bazate pe vocale, în special vocala „a" (vocalize pe vocala „a"), asigură consistență vocii, permit evitarea dischineziilor, facilitează fluidizarea respirației și articulării sunetelor, conferă sustenabilitate vocii, îmbunătățesc calitatea vocii prin dezvoltarea abilităților de control al parametrului intensitate și al parametrului înălțime a vocii.

Exercițiile de antrenare motorie, de respirație și fonație pot fi coroborate sub forma exercițiilor de gimnastică respiratorie, având în vedere faptul că limbajul presupune o articulare a mai multor componente și subcomponente de la nivelul tractului fonoarticulator, articulare de tip proces care este rupt, analizat la nivel componențial doar din rațiuni didactice, în fapt el fiind rezultatul unui mecanism integrant și integrat.

Toate aceste exerciții sunt lucrate și în relație cu abilitățile perceptiv-auditive și cu celelalte preachiziții: schemă corporală, lateralitate, orientare spațiotemporală, structuri senzorioperceptive, structuri ritmice, funcționare mnezică, funcționare atențională, stimulare cognitivă (Anca, 2005).

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Un aspect foarte important care trebuie reținut este acela că persoana dizartrică obosește foarte repede, exercițiile propuse trebuie să fie intense, bine dozate, organizate în raport cu particularitățile de dezvoltare ale persoanelor cu care se lucrează și cu cele diagnostice. Prin urmare, propunem exerciții scurte, variate, care să poată fi mereu alternate. Pauzele sunt și ele importante, persoana dizartrică semnalizând nevoia pauzei prin alterarea abilităților articulatorii, fonatorii și respiratorii.

Toate aceste activități trebuie realizate în condiții de relaxare, se mizează asupra creării unei atmosfere stenice, prielnice din punctul de vedere al motivației pentru angrenarea în sarcină, persoana dizartrică răspunzând negativ la factorii stresori și la situațiile tensionante.

7.4.4. Etapa emiterii sunetelor

În etapa de emitere a sunetelor se urmăreşte emiterea sunetelor afectate, distorsionate, omise sau înlocuite/substituite.

Emiterea sunetelor se realizează prin oricare dintre metodele menționate şi în cadrul capitolului III al acestui volum:

- emitere spontană (cu ajutorul onomatopeelor);
- emitere prin derivare (cu ajutorul sunetelor deja corect emise);
- emitere prin demonstrație (bazată pe imitația în fața oglinzii logopedice);
- emitere ortofonică (cu ajutorul informațiilor de fonetică articulatorie).

De la caz la caz, emiterea sunetelor afectate poate fi foarte diferit aplicată. Uneori se poate lucra şi altfel decât prin tehnicile deja propuse, prin metoda semiglobală de învățare a limbii: se porneşte de la o propoziție, din care se desprinde un cuvânt, se analizează fonetic cuvântul, se pronunță sunetul-țintă, mai întâi desprins de celelalte sunete din tranşa sonoră, apoi legat de acestea.

De exemplu, dacă se urmăreşte emiterea sunetului „r", se pronunță propoziția: „Laura învață". Se desprinde cuvântul „Laura",

Scanned with OKEN Scanner

se pronunță global, apoi se pronunță cuvântul prelungind vocalele „Laaauuuraaaa". Se pronunță cuvântul literalizând, insistând asupra fiecărui sunet constituent, pauza dintre sunetul „u" şi sunetul „r" se prelungeşte în aşa fel încât se oferă persoanei cu care se lucrează şansa pronunției izolate a sunetului. După aceasta, cuvântul se pronunță silabisit: „La-u-ra", apoi legat, coarticulat.

Emiterea, în acest tip de exercițiu, se bazează pe puterea demonstrației şi imitației, de asemenea strategia de lucru fiind specifică metodelor semiglobale de învățare a limbii. Aceste metode subsumează metodele globale şi pe cele fonetico-analitico-sintetice, bazându-se pe valorificarea cât mai bună a citirii, în vederea îmbunătățirii mecanismului articulator, coarticulator, precum şi a aceluia de înțelegere a aspectelor lecturate (http://eacea.ec.europa.eu/education/Eurydice).

Exemplu de emitere a sunetelor „c" și „g"

Afectarea sunetului „c" poartă numele de capacism, în timp ce afectarea sunetului „g" se numeşte gabacism. Cele două sunete sunt pereche, din punctul de vedere al sonorității, unul surd (c) şi celălalt sonor (g).

Cauzele care conduc la afectarea acestor sunete (Guțu, 1974):

- boltă palatină ogivală;
- despicături palatine;
- pareze la nivelul hipoglosului;
- disfuncții fonematice,
- hipoacuzie.

Emiterea sunetelor „c" şi „g" se poate realiza prin:

1. Metoda emiterii spontane — aceasta presupune utilizarea onomatopeelor în cadrul unor activități ludice, în vederea articulării spontane, involuntare a sunetului. Pentru sunetul „c" pot fi utilizate onomatopeele: „cu-cu"; „cucurigu", „cot-codac", „tic-tac", „cling-clong". Pentru sunetul „g", structurile onomatopeice sunt: „ga-ga", „gl-gl".

Scanned with OKEN Scanner

Sunt organizate jocuri de tipul imitării animalelor şi păsărilor care emit sunetele onomatopeice mai sus menționate.

2. Metoda derivării — această metodă presupune utilizarea bazei articulatorii existente. Astfel, în condițiile în care copilul prezintă abilități de articulare a sunetelor omonime, dar articulate anterior, „t" pentru „c" şi „d" pentru g", se poate implementa această metodă.

Derivarea lui „c" din „t" presupune (Vrăşmaş şi Stănică, 1997):

- se poziționează o bomboană pe vârful limbii, apoi copilul este solicitat să articuleze sunetul „t" cu bomboana pe limbă, ceea ce conduce la emiterea lui „c" în mod automat. Dacă această modalitate nu funcționează sau dacă nu se lucrează cu copii, ci cu adulți, se poate recurge la mijloace mecanice. Se apasă cu spatula logopedică partea anterioară a limbii, în timp ce se pronunță silaba „ta", limba este aşezată în spatele incisivilor inferiori, ceea ce conduce la apariția sunetelor „tia". Se continuă împingerea vârfului limbii înspre partea posterioară a cavității bucale, aproximativ trei centimetri, în timp ce se continuă şi pronunția grupului „ta", ceea ce conduce la articularea automată a grupurilor de sunete „chia", „ca". Apăsarea limbii trebuie să se realizeze treptat, ceea ce facilitează transformarea unui „t" dental într-un „t" palatal, apoi într-un „c" palatal şi apoi într-un „c" velar. Feedbackul acustic ne ajută în ghidarea manipulării spatulei logopedice.
- se pronunță „t" retrăgându-se brusc capul pe spate, ceea ce poate conduce la apariția automată a sunetului „c".

Derivarea lui „g" din „d":

- „g" se poate obține din „d" prin aceeaşi modalitate prin care s-a descris obținerea lui „c" din „t".

În situația în care sunetul „g" nu este suficient de sonorizat şi se pronunță cu un caracter surd, ca un „c", se poate masa cavitatea laringiană în vederea angrenării vibrațiilor corzilor vocale.

Scanned with OKEN Scanner

Sunetele „c" şi „g" se pot deriva şi din sunetul laringal „h". Aceasta presupune rostirea prelungită a sunetului „h". Se apasă cu degetul mare, prin percuții repetate, sub bărbie, pe planşeul cavității bucale. În acest fel, limba se deplasează uşor în sus, ceea ce conduce la formarea ocluziei prin care sunetul „h" se transformă în „c". Acesta poate să se transforme în „g" prin masarea laringelui şi angrenarea vibrațiilor la nivelul corzilor vocale.

3. Metoda demonstrației — această metodă presupune demonstrarea articulării sunetelor „c" şi „g" în oglinda logopedică. Întrucât aceste sunete sunt velare, posterior poziționate în cavitatea bucală, vizualizarea articulării lor este cvasiimposibilă. În aceste condiții se poate intui mecanismul articulator prin utilizarea profilurilor articulatorii clasice (listate) sau computerizate. În cazul în care se lucrează cu adulți pot fi utilizate şi programele computerizate care permit vizualizarea particularităților acustice ale vorbirii (Praat, Cool Edit Pro etc.).
4. Metoda ortofonică. Se recurge la această metodă după ce au fost utilizate celelalte trei metode anterior descrise. Această metodă presupune explicitarea mecanismului articulator, ortofonic, al sunetelor, într-un limbaj accesibil celui cu care se lucrează şi combinarea explicațiilor cu demonstrația sau cu utilizarea spatulelor logopedice, în funcție de nevoile şi specificul cazului.

DE REȚINUT!

Spatula logopedică se utilizează mai ales în condițiile tulburărilor dizartrice, aceasta facilitând poziționarea corectă a organelor articulatorii asupra cărora persoana care prezintă dizartrie are un control limitat.

Explicațiile ortofonice oferite sunt (Anca, Hațegan, 2008):

- buzele sunt îndepărtate, cavitatea bucală este uşor deschisă atunci când sunetul „c" este emis izolat;

Scanned with OKEN Scanner

- mandibula este lăsată în jos, în funcție de gradul aperturii vocalei succedente consoanei „c" (atunci când sunetul „c" este coarticulat);
- partea dorsală a limbii se ridică, apropiindu-se de marginea posterioară a palatului dur şi de cea anterioară a palatului moale;
- marginile limbii ating molarii;
- vârful limbii lăsat în jos se retrage înspre interiorul cavității bucale, depărtându-se de dinții inferiori;
- vârful limbii aderă la palatul dur, ceea ce conduce la delimitarea a două camere rezonatoare la nivelul cavității bucale. Acestea sunt aproape egale, ceea ce înseamnă că, din punct de vedere acustic, F2 şi F1 au aproximativ aceleaşi valori (F1 şi F2 sunt notațiile pentru formanți, acele regiuni unde tensiunea acustică este coagulată, având în vedere compoziția acustică a sunetelor vorbirii. Primii doi formanți sunt rezultatul trecerii undei expiratorii de aer prin cavitatea bucală şi sunt delimitați în funcție de poziția limbii în cavitatea bucală — F1 este corespunzător zonei posterioare a cavității bucale, zonei dintre limbă şi peretele faringelui, în timp ce F2 este corespunzător zonei anterioare din cavitatea bucală, zonei dintre limbă şi rebordul alveolar);
- pentru sunetul „c", corzile vocale nu vibrează, ele sunt îndepărtate;
- pentru sunetul „g", corzile vocale sunt apropiate, ele vibrează;
- sunetul „c" se produce printr-o ocluzie mai puternică decât cea rezultată în urma articulării sunetului „g", aerul fiind eliminat deodată din cavitatea bucală, după înlăturarea obstacolului de la nivelul rădăcinii limbii şi palatului.

7.4.5. Etapa diferențierii sunetelor izolate

Această etapă este foarte importantă întrucât fixează mecanismul articulator, precum şi percepția auditiv-verbală. Diferențierea sunetelor izolate se lucrează în următoarea ordine:

Scanned with OKEN Scanner

– se diferențiază mai întâi sunetul-țintă de sunetele din categoria opusă de foneme segmentale. În cazul exemplului propus, al consoanelor „c" şi „g", acestea sunt diferențiate mai întâi de vocale. Sarcina de lucru pentru copil este să indice dacă sunetele sunt la fel sau diferite. Acestea sunt prezentate în perechi:

Tabelul 7. Material lingvistic pentru diferențierea izolată a sunetelor „c" și „g" de vocale.

Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)	Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)
a-c		g-a	
c-e		g-e	
i-c		i-g	
c-î		g-o	
c-c		u-g	
a-a		g-g	
ă-c		î-g	
c-â		g-ă	
c-c		g-g	
o-c		i-i	
u-c		g-â	

– sunetele-țintă sunt apoi diferențiate de sunete foarte diferite de acestea ca loc şi mod de articulare. În cazul consoanelor explozive velare „c" şi „g" se fac opoziții cu consoane bilabiale, labiodentale, palatale, laringale (după locul de articulare); fricative, africate, sonante, explozive (după modul de articulare).

Tabelul 8. Material lingvistic pentru diferențierea sunetelor „c" și „g" de consoane.

Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)	Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)
c-s		g-l	
r-c		g-r	

Scanned with OKEN Scanner

Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)	Perechi de sunete	Identice (+) sau diferite (-)
m-c		n-g	
c-f		m-g	
v-f		f-g	
ș-c		g-v	
j-c		j-g	
c-c		g-g	
p-c		ș-g	
d-c		g-z	
t-c		s-g	
c-b		ț-g	
c-c		g-g	
č-c		p-g	
c-ț		b-g	
ğ-c		ğ-g	
z-c		č-g	
c-h		g-t	
h-c		g-d	

– gradul cel mai mare de dificultate îl are diferențierea lui „c" de perechea sa sonoră „g". Aceasta se face prin pronunția alternativă a sunetelor „c" şi „g", în timp ce copilul sau adultul îşi controlează vibrațiile de la nivelul corzilor vocale, punctând prezența sau absența acestora. De asemenea, diferențierea celor două sunete poate fi apoi intercalată în listele de mai sus.

7.4.6. Etapa consolidării sunetelor

Această etapă a terapiei logopedice este foarte dificilă pentru persoana dizartrică. În această etapă se trece de la nivelul articulator la cel coarticulator. Componenta suprasegmentală a vorbirii, intensivă, materializată prin accent, poate fi şi ea introdusă în vederea dezvoltării abilităților lingvistice expresive şi receptive.

În etapa consolidării utilizăm două categorii de material lingvistic: silabe (directe şi indirecte) şi cuvinte. Imediat ce sunt antrenate

Scanned with OKEN Scanner

anumite silabe, se trece la plasarea acestora în cuvinte, insistând asupra dezvoltării abilităților coarticulatorii.

Se insistă asupra pronunției după model, a lecturării acolo unde este cazul.

Exemple de silabe directe (care se termină în vocală): „ca", „că", „ga", „go", „gu", „gâ", „cî" (nu se lucrează acum combinațiile „ci", „gi", „ce", „ge", acestea fiind constituite cu ajutorul sunetelor africate „č" şi „ğ").

Exemple de silabe indirecte (care se termină în consoană): „ac", „ec", „îc", „ic", „uc", „oc", „ug", „eg", „ag", „îg", „ăg" etc.

Exemple de silabe alcătuite din trei membri (structuri de tipul VCV, CVV[1]): „eca"; „aca"; „aco"; „coa"; „cuo"; „guo"; „igu"; „ego"; „ăgo"; „ăcu"; „îcu"; „îco"; „ego" etc.

Exemple de cuvinte care conțin sunetele țintă: „car", „casă", „camion", „măcar", „acadea", „actualități", „capră", „icter", „gară", „gard", „garaj", „grădină", „argat", „gunoi", „aghiasmă", „acru", „agil", „magazin", „garsonieră" etc.

Cuvintele selectate trebuie să îndeplinească **caracteristici acustice** (cu gamă de frecvență mai înaltă sau mai joasă), **fonetice** (cuvinte mono-, bi- sau plurisilabice), **fonematice** (cuvinte complexe — care conțin diverse contexte coarticulatorii, diftongi, triftongi, hiat sau simple — care presupun utilizarea unor alofone foarte apropiate de fonemele primare din punct de vedere fonematic; Anca, Hațegan, 2008), precum şi caracteristici ce țin de nevoile de utilizare ale persoanei cu care se lucrează (din câmpul lexical al îndeletnicirii persoanei, din câmpuri lexicale care îi permit să stabilească interacțiuni sociale etc.).

Exemple de exerciții care pot fi lucrate în această etapă (Vrăşmaş, 2007):

- exerciții de segmentare fonemică şi silabică;
- exerciții de construcție de cuvinte cu silabe date;

---

[1] VCV — vocală, consoană, vocală; CVV — consoană, vocală, vocală.

Scanned with OKEN Scanner

- exerciții de înlocuire a unei părți din cuvânt cu altă tranșă sonoră pentru a rezulta un alt cuvânt;
- exerciții de denumire de imagini;
- exerciții de identificare de imagini corespunzătoare cuvintelor pronunțate;
- exerciții de repetare a unor silabe și cuvinte după pronunția model;
- exerciții de citire și scriere a unor liste de silabe și cuvinte.

7.4.7. Etapa de diferențiere a sunetelor în silabe și cuvinte

Această etapă presupune dezvoltarea abilităților de diferențiere fonematică la nivel de silabă și cuvânt. Consider că importanța acestei etape este ușor delimitabilă, mai ales în condițiile în care aceasta face trecerea spre automatizarea sunetului țintă.

Materialul lingvistic utilizat este compus din structuri paronimice, silabe care intră în compoziția paronimelor. Se aplică în selectarea acestui material principiul logopedic al perechilor minimale (Anca, Hațegan, 2008). Se păstrează o ierarhizare a materialului logopedic în funcție de asemănările și deosebirile dintre sunetul țintă și alte sunete din limba română. Dar acest criteriu este complicat de elaborarea silabelor și de trecerea la nivelul cuvântului.

În contextul dizartriei, această etapă este foarte importantă nu numai pentru diferențieri auditiv-verbale, ci mai ales pentru dezvoltarea componentei expresive a limbajului. Prin urmare, exercițiile de ascultare și discriminare auditivă sunt extinse prin exerciții de pronunție, de articulare și coarticulare.

Exemple de perechi de silabe: „ca-că"; „ac-at"; „uc-ud"; „cu-co"; „cu-pu"; „ta-ca"; „bu-cu"; „ha-ca"; „ra-ca"; „la-pa"; „ca-ba"; „to-po"; „do-co"; „co-go"; „cu-gu"; „ga-ta"; „ga-va"; „ga-ba"; „ba-șa"; „gu-șu"; „ju-cu"; „țu-gu"; „ci-cu"; „gi-gu"; „ga-ca"; „za-ca"; „az-ag"; „eg-ec"; „ic-ig"; „ic-uc"; „ac-at"; „og-oc"; „no-cu"; „mu-gu"; „ul-ug"; „er-ec"; „ăg-ăc"; „îc-îg"; „uș-ug"; „al-ac"; „la-ca"; „la-ga"; „ma-ca"; „ma-ga"; „eg-ge"; „ec-ce"; „ig-gi"; „ic-ci" etc.

Scanned with OKEN Scanner

Exemple de perechi de cuvinte: „bară-cară"; „gară-sară"; „nară-gară"; „cană-rană"; „covrigi (subst.) — covrigí (vb.)"; „chip-tip"; „coş-tos"; „cot-tot"; „crai-trai"; „cub-tub"; „cai-tai"; „gât-cât"; „crasă-grasă"; „gaj-paj"; „puc-suc"; „nuc-nul"; „alun-alung"; „tac-tag"; „tac-fac" etc.

7.4.8. Etapa de automatizare

Etapa de automatizare a sunetelor-țintă este cea mai importantă etapă pentru terapia dizartricului. Din punct de vedere extensiv, acestei etape trebuie să i se acorde un spațiu temporal mai crescut în economia demersului terapeutic.

Această etapă presupune utilizarea sintagmelor şi a propozițiilor. Vorbirea spontană fluentă, acurată, corectă este ținta întregului demers terapeutic. În aceste condiții etapa de automatizare poate fi încheiată în momentul în care atingem acest ultim obiectiv al terapiei pe care ne-am propus-o.

Activitățile din această etapă se pot baza şi pe citit-scris dacă este cazul acestei posibile situații.

Exemple de activități şi exerciții:

- citeşte textul şi selectează toate cuvintele care conțin sunetul „c" şi sunetul „g" (în cazul exemplificării propuse în acest volum cu privire la sunetele „c" şi „g";
- citeşte şi memorează poezioara (Vrăşmaş, Stănică, 1997):

  „Un gândac tolomac
  S-a urcat în vârf de mac
  Şi-a strigat în gura mare:
  — Iată, c-am ajuns la soare!"
- exerciții de cântat (Vrăşmaş, Stănică, 1997):

  „Cling, cling, cling,
  Cling, cling, cling,
  Clinchetele se preling,
  Sus pe nori, jos pe vânt
  Şi pe toate câte sunt.

Scanned with OKEN Scanner

Cling, cling, cling,
Se-ntețesc şi se unesc
Într-un cânt sărbătoresc".

- exerciții de citit/ascultat şi rezolvat ghicitoarea:
  „Cartea albă liniată
  Scrii pe ea când e curată".
  (Caietul)
- jocuri de rol şi dramatizări;
- descrierea unor imagini, evenimente, poveşti etc.
- activități în aer liber, în parc, la grădina zoologică, menite să permită vorbirea spontană.

8. Tulburări asociate cu tulburarea dizartrică

8.1. Sindromul Guillan-Barré

Sindromul Guillan-Barré a fost descris in extenso în 1916 de G. Guillan, J. Barre şi A. Strohl. Acesta se instalează de obicei după un episod infecțios viral şi bacterian acut. Are un debut spontan şi rezultă din caza afectării nervilor periferici (Hughes, Cornblath, 2005).

În cazul acestui sindrom, manifestarea clinică principală este tetraplegia flască progresivă. Slăbiciunea musculară se manifestă mai întâi la nivelul membrelor inferioare, după care se extinde la cele superioare şi la musculatura trunchiului şi a feței. Implicarea musculaturii faciale este un factor predictiv al extinderii paraliziei spre musculatura respiratorie. Prin urmare, specifice în cadrul acestui sindrom sunt tulburările respiratorii, dar şi cele articulatorii (Hughes, Cornblath, 2005).

8.2. Boala Wilson

Această patologie se încadrează în categoria tulburărilor metabolice. Organismul nu poate descompune cuprul şi acesta se acumulează în exces la nivelul ficatului, cu implicații neurologice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabloul neurologic se caracterizează prin prezența hipersalivației, a spasmelor musculare, prin spasticitate, mers nesigur, vorbire dizartrică spastică, paralizie bulbară, tulburare de voce şi articulare[1].

8.3. Sindromul Worster-Drought

Acest sindrom este caracterizat prin paralizia suprabulbară congenitală care implică dificultăți de înghițire, alimentație, dar şi de vorbire (inteligibilitatea vorbirii este foarte scăzută). Acest sindrom presupune un tabloul patologic marcat şi prin prezența unei serii de condiții comorbide: deficit cognitiv, despicături palatine submucoase, epilepsie, paralizie cerebrală, hiperactivitate/deficit de atenție (ADHD), dificultăți de învățare, autism (Clark et al., 2010).

În planul vorbirii se pot enumera următoarele aspecte caracteristice: hipersalivație, tremur muscular, tulburări articulatorii şi coarticulatorii, tulburări ale ritmului vorbirii, slăbiciune musculară, insuficiență velofaringiană, hipernazalizare, tulburare de voce (Clark et al., 2010).

8.4. Boala Tay-Sachs

Boala Tay-Sachs are o frecvență crescută în comunitățile de evrei ashkenazi din Europa de Est. Statisticile recente surprind faptul că 1 din 27 de evrei din SUA este purtător al genei. Tulburarea presupune absența genei care codifică hexoaminidaza A, lipsa acesteia ducând la o alterare a metabolismului lipidelor cerebrale. Astfel, lipidele se acumulează la nivelul celulelor sistemului nervos central, conducând la afectarea ireversibilă a acestuia.

Aceasta este o tulburare care se transmite genetic, autozomal recesiv, atâta timp cât ambii părinți prezintă gene modificate.

---

[1] http://www.wilsonsdisease.org/

Scanned with OKEN Scanner

Pronosticul este grav în această patologie, boala este progresivă şi se manifestă încă de la vârsta de 3-6 luni. Tulburarea debutează cu o hipotonie generalizată, apărând apoi o serie de complicații la nivelul tuturor funcțiilor organismului. Astfel, progresiv, copiii îşi pierd abilitățile motorii, senzoriale (văz, auz), se instalează dizabilitatea cognitivă, sunt paralizați şi incapabili de a răspunde la stimuli externi[1].

9. Prezentare studiu de caz

9.1. Date anamnestice

Date de identificare a copilului: L., în vârstă de 8 ani, elev în clasa a II-a, integrat în şcoala de masă.

Motivul examinării: examinarea a fost solicitată de părinți în vederea stabilirii nivelului dezvoltării lingvistice orale şi scrise.

Date din anamneza personală şi familială:

Copilul este diagnosticat cu disfuncționalitate cerebrală minimă, pentru aceasta fiindu-i administrat un tratament de specialitate (copilul se află în evidența unui neuropsihiatru). De asemenea, neurologul a menționat şi tulburări comportamentale de tipul agitației psihomotorii, tulburărilor atenționale şi impulsivității.

Pe lângă tratamentul medicamentos recomandat, medicul specialist a evidențiat, prin scrisoarea medicală, necesitatea includerii acestuia într-un program de reabilitare a abilităților verbale, program logopedic. Ca urmare a acestui fapt copilul frecventează cabinetul interşcolar de asistență logopedică, beneficiind de sprijin de specialitate de două ori pe săptămână, de la vârsta de 5 ani.

În urma discuției cu părintele se poate consemna faptul că primele semne ale consecințelor neurologice au fost identificate foarte de timpuriu, limbajul acestui copil declanşându-se cu o întârziere

[1] http://www.ntsad.org/index.php/tay-sachs

Scanned with OKEN Scanner

semnificativă. Primele cuvinte au fost rostite de abia în jurul vârstei de 4 ani. De asemenea, părintele, considerând retrospectiv perioada copilăriei mici, menționează o serie de tulburări de dezvoltare motorie care ar putea fi corelate cu tulburări de limbaj oral.

Părinții sunt implicați activ în procesul de educare a copilului, conştientizează nevoile şi particularitățile acestuia şi îi oferă sprijin în vederea facilitării întregului demers de integrare şcolară.

Nu au fost semnalate tulburări de acest tip la nivel familial, prin urmare nu pot fi menționate aspecte heredocolaterale.

9.2. Date colectate în urma evaluării:

9.2.1. Examenul somatic

În urma examinării componentelor aparatului fonoarticulator nu au fost identificate malformații, aspecte fiziologice deficitare. Din scrisoarea medicală primită de la medicul neurolog reiese că valoarea perimetrului cranian este la limita superioară, prin raportarea acesteia la valorile medii stabilite pentru vârsta cronologică a copilului (PC 55 cm).

9.2.2. Examenul funcțional

În urma examinării funcționale a aparatului fonoarticulator au fost identificate deficite la nivelul:

- motricității linguale;
- motricității mandibulare;
- motricității labiale;
- coordonării activității respiratorii;
- auzului fonematic;
- actului fonator.

9.2.3. Examenul preachizițiilor

În urma examinării preachizițiilor prin sarcini şcolare au fost identificate următoarele aspecte:

Scanned with OKEN Scanner

- lateralitatea este dreaptă (atât la ochi, mână, ureche, cât şi la picior), aceasta fiind evidenţiată cu ajutorul probelor de tipul: loveşte cu piciorul mingea, indică obiectul cu degetul, priveşte cu un singur ochi prin gaura cheii;
- schema corporală este funcţional configurată (copilul identifică părţile corpului, le denumeşte şi execută acţiuni cu acestea la cerere);
- structurile senzorial-perceptive sunt funcţionale (formă, culoare, mărime, textură), copilul le diferenţiază, indică imagini corespunzătoare şi le poate denumi;
- demonstrează conservarea cantităţii, lungimii, formei în cadrul unor exerciţii problematizatoare de tipul: stabileşte dacă două pătrate sunt la fel sau diferite ca mărime, indică numărul mai mare: 3 sau 5 etc.;
- are achiziţionat conceptul de număr, numără corect atât din unitate în unitate, cât şi din zece în zece;
- poate diferenţia şi exprima cantitatea, cu unul mai mult, inclusiv prin desinenţe morfologice specifice;
- utilizează corespunzător grupul verbal (respectă timpurile şi modurile verbale, face flexiune verbală în acord cu numărul şi persoana);
- diferenţiază genurile atât la substantive, cât şi la adjective şi pronume. Nu utilizează formele neaccentuate ale pronumelui, mai ales atunci când flexiunea presupune un acord mai delicat între subiect şi predicat (de exemplu, structura „nu-mi place îngheţata" este înlocuită „îngheţata nu place");
- utilizează corespunzător prepoziţiile (pe, sub, în, lângă) atât în sarcini care evaluează limbajul expresiv, cât şi în sarcini care evaluează limbajul receptiv;
- elaborează structuri lingvistice complexe, regulile de structurare morfolexicală şi cele semantico-pragmatice fiind corect implementate;

Scanned with OKEN Scanner

- orientarea spațiotemporală este bine configurată, utilizează structuri adverbiale, locuțiuni prepoziționale adecvate;
- abilitățile de percepere a rimei sunt deficitare. Întâmpină dificultăți în producerea rimei după un model dat, precum şi dificultăți în exprimarea de judecăți asupra structurilor care rimează sau nu;
- abilitățile de procesare fonologică, inclusiv auzul fonematic, sunt deficitar structurate atunci când în evaluare sunt utilizate structuri lingvistice care valorifică fonemele distorsionate în actul pronunției;
- abilitățile respiratorii sunt deficitare, copilul are un volum respirator scăzut şi o capacitate redusă de prelungire a expirului. Ca urmare a acestui fapt, există tendința respirării prin cavitatea bucală exclusiv, deşi poate dirija jetul de aer şi prin cavitatea nazală. Uneori chiar apare şi hipernazalizarea ca urmare a controlului muscular velar deficitar, iar nu ca urmare a unei tulburări de factură organică de la nivelul acestei grupe musculare;
- motricitatea generală este bine structurată, nu sunt dificultăți în executarea mişcărilor grosiere de bază, precum: mersul, manipularea obiectelor, scrisul;
- motricitatea fină a aparatului fonoarticulator este disfuncțională, fiind evident tabloul patologic neurologic, acesta ridicându-i copilului o serie de dificultăți de coordonare a grupelor musculare (limbă, văl palatin, mandibulă, buze), dificultăți de comandă şi control. Se remarcă şi controlul slab asupra musculaturii mandibulare, în timpul pronunției mandibula copilului alunecând fără control înspre partea dreaptă. Aceeaşi lateralizare este identificabilă şi în cazul limbii. Copilul conştientizează dificultățile de control al grupelor musculare ale mandibulei, verbalizează acest aspect şi fixează maxilarul cu mâna atunci când efortul articulator solicitat este mai mare şi controlul deficitar îl împiedică să se facă înțeles.

Scanned with OKEN Scanner

Această strategie nu este foarte eficientă, cel puțin nu putem sesiza îmbunătățirea nivelului de inteligibilitate a vorbirii; mai mult, copilul este deranjat de faptul că în acest fel atrage atenția asupra problemelor cu care se confruntă;

- dificultăți semnificative în ceea ce privește realizarea calculului matematic;
- stil de lucru pripit-impulsiv;
- agitație psihomotorie; reușește cu dificultate să își focalizeze atenția, mai ales asupra sarcinilor pe care le apreciază încă de la început ca fiind dificile.

9.2.4. Examinarea limbajului oral

În evaluarea acestor structuri a fost utilizat albumul logopedic, dar şi alte liste cu material lingvistic, precum şi softuri educaționale (Profilurile de pronunție — program computerizat; Valizele magice — program computerizat).

În urma evaluării derulate s-a putut evidenția faptul că sunetele distorsionate/omise de copil sunt: **r, ş, s, z, č, ğ, ț, h.** În ceea ce privește aceste sunete se poate consemna faptul că programul de terapie verbală actual (după opt luni de când a început programul de terapie) se află în etapa **de emitere cu sunetul „ğ", de consolidare cu sunetele „ț", „h" şi de automatizare cu sunetele „r", „ş", „s", „z", „č".** Întâmpină mai mari dificultăți în pronunția grupurilor de consoane „cl", „gr", „tr", „cr", „str" etc., precum şi a diftongilor şi triftongilor. Aceştia sunt pronunțați mai mult la nivel silabic decât coarticulat.

De fapt, nivelul inteligibilității vorbirii, în ansamblu, este foarte scăzut, copilul fiind înțeles doar de membrii familiei, persoanele nefamiliarizate cu vorbirea acestuia aflându-se în imposibilitatea înțelegerii a mai mult din 50% dintre cuvintele utilizate într-un act conversațional, ceea ce punctează imposibilitatea înțelegerii cu interlocutorii. Conform lui Anca (2007 apud Mare, 1993), pentru a se putea realiza comunicarea între doi interlocutori, fiecare trebuie să

Scanned with OKEN Scanner

prezinte un nivel al inteligibilității vorbirii de peste 70%. În aceste condiții, copilul a dezvoltat un mecanism de autoapărare de tipul comportamentului evitant şi al unei exagerate sensibilități ori de câte ori este solicitat să repete ceea ce doreşte să spună (în acest fel, de cele mai multe ori copilul sfârşeşte prin a plânge).

MLU morfeme este 7,5, o valoare sub nivelul mediu în populația românească (nivelul mediu în populația românească stabilit în urma cercetărilor derulate este 9, nivel sub care poate fi suspectată o dificultate de învățare (nivel cu valoare de screening) — Hațegan, 2010; Hațegan, Gâlgău, 2011. Scorul de 7,5 evidențiază faptul că acest copil prezintă un risc crescut pentru a întâmpina importante dificultăți de învățare, aspect subliniat deja de performanța lui şcolară scăzută (copilul este amenințat cu repetenția).

9.2.5. Examinarea scris-cititului

În urma examinării scris-cititului se poate evidenția faptul că acest copil identifică toate literele alfabetului, poate realiza decodificări fonem-grafem, are abilități de lectură funcționale la nivel silabic, nu reuşeşte să citească realizând sinteza silabică la nivelul cuvântului decât în şoaptă. În acest moment, terapia limbajului se focalizează şi asupra generalizării abilităților de lectură cursivă, fluentă şi în limbaj externalizat, cu voce tare.

La nivelul abilităților grafomotorii au fost identificate mici aspecte deficitare, scrisul este însă inteligibil, rândurile au un aspect neîngrijit, forma literelor este neregulată. Ritmul de scriere şi citire este monoton, nu apar inflexiuni vocale, copilul respectând mai puțin semnele de punctuație, în vederea modelării melodiei actului lexic. Acelaşi aspect este identificat şi la nivelul melodicității vorbirii.

9.2.6. Diagnosticul logopedic

Având în vedere aspectele mai sus menționate, diagnosticul logopedic este de tulburare de pronunție cu substrat neurologic

Scanned with OKEN Scanner

de tip dizartric bulbar (spastic). Această tulburare presupune dificultăți articulatorii, dar mai ales coarticulatorii şi perturbări afectiv-emoționale (plânge când este pus în dificultate etc.) ca urmare a faptului că acest copil îşi conştientizează dificultățile şi, mai ales, capacitatea redusă de control şi comandă la nivel motor, precum şi simptome reunite sub cupola ADHD (neatenție, hiperactivitate, impulsivitate).

Perturbările afectiv-emoționale, precum şi cele comportamentale nu sunt propriu-zise, acestea sunt cauzate de tulburarea dizartrică, ele fiind o consecință a acestui tip de tulburare.

9.3. Date obținute pe parcursul derulării programului de intervenție

Programul de intervenție a debutat cu focalizarea asupra abilităților motorii fine, dezvoltarea abilităților respiratorii, stimularea procesării fonologice şi dezvoltarea abilităților articulatorii şi coarticulatorii. De asemenea, programul de intervenție a vizat şi dezvoltarea laturilor morfolexicale, sintagmatice şi pragmatice a limbajului, precum şi a componentei matematice.

În acest sens au fost desfăşurate exercițiile clasice de antrenare motorie, de antrenare a abilităților respiratorii şi de stimulare a auzului fonematic şi a procesărilor fonologice (vezi capitolul III din Bodea Hațegan, 2013).

Un aspect global asupra dezvoltării, ca urmare a derulării programului de intervenție, este cuantificat prin intermediul MLU morfeme. În data de 6.06.2013 a fost culeasă o mostră de limbaj din vorbirea spontan-provocată a copilului (copilul a fost solicitat să vorbească despre anotimpurile care îi plac cel mai mult şi să argumenteze). Mostra de limbaj a fost împărțită în 44 de enunțuri, calculându-se numărul morfemelor cuprinse, adică 437. Realizându-se raportul dintre numărul de morfeme şi numărul enunțurilor s-a stabilit valoarea de 9,93 pentru MLU, o valoare mai mare cu

Scanned with OKEN Scanner

aproximativ 2,5 puncte față de valoarea obținută la prima evaluare, o valoare care îl scoate pe copil din categoria copiilor care ar putea întâmpina dificultăți de învățare. Acest aspect este confirmat şi de rezultatele şcolare, care s-au îmbunătățit, în mod semnificativ, aspect punctat atât de învățătoare, cât şi de părinți.

Abordând calitativ acest aspect al complexității producțiilor lingvistice (aspect cuantificat de MLU morfeme), putem sublinia faptul că structurile verbale sunt mult mai ample (de exemplu: „Iarna mă duc la bunici, mă dau cu sania pe pârtie, sania merge foarte tare"), cu o serie de elemente care indică abilități morfosintactice dezvoltate (utilizează formele articulate ale substantivelor, formele de plural în acord cu genul, formele verbale corelate cu persoana şi numărul, formele adjectivale acordate cu substantivele în gen, număr şi caz, prepozițiile şi conjuncțiile), abilități lexicale în expansiune (utilizează o serie de elemente aparținând aceluiaşi câmp lexical în structuri de tip enumerativ, de exemplu: „Iarna pot să mă dau cu sania, cu patinele, cu schiurile"). Întâmpină dificultăți în utilizarea formelor pronominale neaccentuate şi utilizează o serie de structuri lingvistice subdialectale, regional marcate (de exemplu: „sania mere tare"; „m-o țâpat jos", „s-o-mburdat cu mine"). Aceste forme nu au fost numărate atunci când s-a stabilit numărul morfemelor, deşi ele sunt corect flexionate şi utilizate în cadrul propozițiilor.

În cadrul evaluării inițiale s-a utilizat aceeaşi modalitate de culegere a mostrelor de limbaj, copilul a putut elabora doar 16 enunțuri, legate toate de tema „Anotimpul iarna"; enunțurile sunt foarte scurte (de exemplu: „Iarna facem un om de zăpadă."), marcate de sărăcie lexicală şi de o serie de disfuncționalități de factură morfosintactică.

Având în vedere acest aspect, al complexității producțiilor lingvistice, putem conchide că intervenția logopedică a fost benefică.

În cele ce urmează se va detalia intervenția realizată la diferite niveluri, precum şi rezultatele obținute.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre exercițiile pentru motricitatea componentelor aparatului fonoarticulator s-a insistat asupra realizării de exerciții pentru mobilitatea limbii, a obrajilor şi a mandibulei, întrucât acestea sunt hipotone, greu mobilizate de copil în actul articulator.

Exercițiile s-au derulat pe tot parcursul intervenției (perioada octombrie-iunie), în secvențe scurte, intercalate cu alte activități. În urma desfăşurării acestor exerciții se poate remarca îmbunătățirea tonusului muscular şi a controlului articulator, aspecte date şi de creşterea inteligibilității pronunției (toate cuvintele pronunțate sunt acum inteligibile chiar dacă copilul mai are tulburări de pronunție).

Dezvoltarea abilităților respiratorii

Din cauza hiperactivității apărea tendința vorbirii pe inspir. De asemenea, copilul prezenta dificultăți în coordonarea expirului. În aceste condiții, demersul terapeutic a vizat diferențierea inspirului de expir şi creşterea volumului şi a preciziei respiratorii.

În planul respirației au fost obținute progrese importante, singurul aspect problematic fiind cel al coordonării deficitare a undei respiratorii în situația emiterii sunetului „h". În momentul articulării acestui sunet, copilul are tendința aspirării aerului, ceea ce subliniază aspecte deficitare în diferențierea inspirului de expir.

Stimularea procesărilor fonologice

La acest nivel s-a urmărit:

- dezvoltarea abilităților de diferențiere fonematică (la nivelul tuturor fonemelor limbii române);
- dezvoltarea abilităților de analiză şi sinteză fonematică, în vederea facilitării achiziției scris-citirului;
- dezvoltarea abilităților de percepere şi producere a rimei;
- dezvoltarea fluenței fonematice.

Dintre exercițiile care i s-au propus copilului în cadrul terapiei, menționăm:

Scanned with OKEN Scanner

1. exerciții de diferențiere a perechilor de sunete izolate (de exemplu s-z), a pseudocuvintelor (de exemplu coarsă-coarză), a cuvintelor (de exemplu seamă-zeamă);
2. exerciții de scriere după dictare;
3. exerciții de generare de silabe şi cuvinte după un anumit pattern;
4. exerciții de identificare a poziției unui anumit sunet în cuvânt (poziția inițială, mediană şi finală);
5. exerciții de citire pe litere a cuvintelor;
6. exerciții de despărțire a cuvintelor în sunete şi silabe;
7. exerciții de compunere a cuvântului pe baza sunetelor şi silabelor constituente;
8. exerciții de deliție şi adiție de sunete şi silabe;
9. exerciții de identificare a structurilor care rimează;
10. exerciții de generare de structuri care să rimeze;
11. exerciții de citire de poezioare rimate;
12. exerciții de scriere de sunete, silabe, cuvinte, propoziții şi texte după dictare.

După derularea acestei secvențe terapeutice, nivelul actual al dezvoltării abilităților de procesare fonologică este mult îmbunătățit, copilul reuşind să scrie corect după dictare o serie de cuvinte. Putem lista însă şi o serie de cuvinte cu care copilul întâmpină dificultăți. În tabelul de mai jos sunt condensate exemple de astfel de cuvinte.

Tabelul 9. Cuvinte utilizate în activitățile de scriere după dictare.

Cuvinte pe care le poate scrie corect	Cuvinte la care întâmpină dificultăți
Noastre	gherghef — scrie „gergef"
Sticlă	Ghem — scrie „gem"
Slugă	înghețată — scrie „îngețată"
Șah	tirbușon — scrie „tirpușon"
Straie	bomboane — scrie „bompone"
Ghindă	urechi — scrie „ureci"

Scanned with OKEN Scanner

Cuvinte pe care le poate scrie corect	Cuvinte la care întâmpină dificultăți
Cercei	Nichel — scrie „michel"
Slabă	triunghi — scrie „triungi"
Ritm	pereche — scrie „perechie"
Dreptunghi	parchet — scrie „parcet"
Soare	ghicitoare — scrie „gicitoare"
Băsmăluță	Crame — scrie „came"

Menționăm că în prezent terapia logopedică la nivelul componentei procesărilor fonologice se focalizează în special asupra asocierii corecte fonem-grafem, cu implicații atât în planul limbajului oral, cât şi în planul limbajului scris.

Metoda pe care o utilizăm în vederea selecției lingvistice este cea fonematică (metodă descrisă în capitolul III al volumului Bodea Hațegan, 2013, metodă care facilitează apropierea demersului logopedic de conținuturile şcolare curriculare).

Pentru obiectivarea progresului propunem o reprezentare imagistică a evoluției pe care copilul o înregistrează în trei momente ale intervenției logopedice atunci când se află într-o sarcină de scriere după dictare a 10 cuvinte complexe fonologic. Menționăm că listele de cuvinte utilizate sunt selectate folosind acelaşi principiu, acestea fiind astfel considerate a fi echivalente din punctul de vedere al gradului de dificultate.

Prima evaluare a fost făcută în luna aprilie, a doua evaluare la sfârşitul lunii mai, iar a treia evaluare la mijlocul lunii iunie. În prima parte a terapiei limbajului nu s-a putut lucra un astfel de exercițiu, deoarece copilul avea mari dificultăți în coarticularea sunetelor, mai mult, literele, grafemele corespunzătoare fonemelor nu erau automatizate.

Activitățile de scriere după dictare au fost incluse în demersul terapeutic doar începând cu luna ianuarie, fiind scrise după dictare seturi de cuvinte care conțineau sunetele care se exersau în terapie (s, z, ş, j, ț, r, l, h).

Scanned with OKEN Scanner

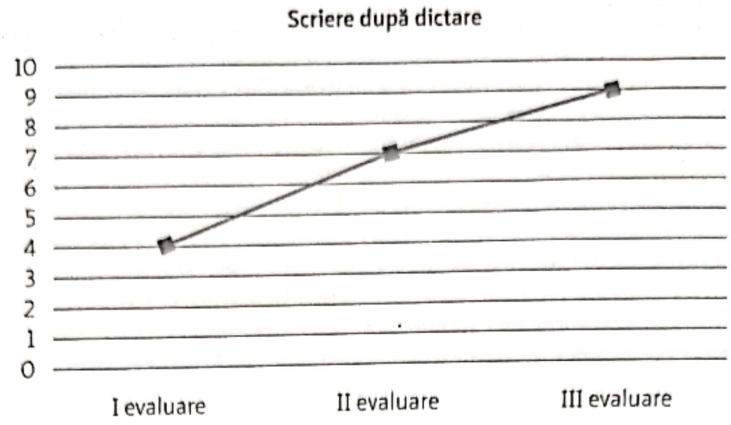

Figura 6. Progresul înregistrat la scriere după dictare.

Dezvoltarea abilităților de identificare a rimelor a rămas în continuare deficitară, aspect relaționat şi cu abilitățile scăzute de a sesiza variabilitatea curbelor intonatorii, variabilitate materializată în utilizarea corectă a semnelor de punctuație. Astfel, elevul nu reuşeşte să stabilească, pe baza percepției auditive, dacă tranşele sonore audiate rimează sau relevă diverse curbe intonatorii.

În urma derulării demersului de intervenție menționăm că poate identifica cuvintele care rimează dacă acestea sunt scrise, reținând regula potrivit căreia rima presupune identitate fonemică la finalul cuvântului. Nu poate însă sesiza rima la nivel de versuri, mai ales din cauza tulburărilor atenționale care se păstrează într-o doză semnificativă.

În aceste condiții, considerăm că diferențierea structurilor care rimează sau a curbelor intonatorii trebuie conectată cu exerciții de stimulare şi îmbunătățire a funcției atenționale.

O altă dificultate pe care copilul o întâmpină chiar şi în urma derulării a 8 luni de intervenție logopedică este aceea a diferențierii sunetelor „l" şi „r" atunci când acestea sunt ambele regăsibile la nivelul unui cuvânt.

La începutul demersului terapeutic cuvintele care conțineau ambele sunete mai sus menționate, „l" şi „r", erau omise de copil în vorbire, chiar intenționat evitate, făcând cunoscut terapeutului faptul că acele cuvinte sunt mult prea grele şi nu le poate pronunța.

Scanned with OKEN Scanner

În vederea depăşirii acestui obstacol i-au fost propuse copilului activităţi de diferenţiere fonematică atât prin exerciţii care ţinteau sunetele izolate, dar mai ales prin exerciţii care se focalizau asupra cuvintelor. Selecţia cuvintelor a materializat două principii: şi pe cel fonematic, dar şi pe cel al abordării lingvistice semiglobale. Astfel, copilul trebuia să încercuiască cu roşu sunetul „r" şi cu albastru sunetul „l" de la nivelul următoarelor cuvinte: „picior", „rac", „frumos", „fular", „fluture", „flaut", „colorez", „lac", „culoare", „triunghi", „Laura", „patru", „perele", „merele", „rula".

Aceste cuvinte au fost reluate 4–5 şedinţe terapeutice la rând, după care sfera a fost extinsă şi spre alte cuvinte, constatându-se generalizarea unor patternuri coarticulatorii corecte.

Nivelul articulator și coarticulator

Dificultăţile articulatorii încep să fie depăşite prin focalizarea demersului terapeutic asupra procesului coarticulator. Dezvoltarea abilităţilor articulatorii s-a focalizat în special asupra materializării tehnicii vorbirii reflectate şi a metodei „precision teaching" (Hughes, Beverley, Whitehead, 2007; Bodea Haţegan şi Talaş, 2014), diagnosticul în acest caz fiind de dizartrie. Această îngemănare a celor două modalităţi terapeutice este cu atât mai potrivită cu cât facilitează creşterea autocontrolului verbal, dar şi intensificarea abilităţilor de inhibare a comportamentului reactiv, copilul având şansa să îşi focalizeze atenţia asupra stimulilor auditivi oferiţi cu o rată crescută.

Metoda „precision teaching" (PT) a fost utilizată şi separat, pentru îmbunătăţirea abilităţilor articulatorii şi de lectură. Oferim în acest sens următorul exemplu. Copilul avea sarcina să citească în mod cât mai corect şi mai repede fiecare cuvânt din lista: „ţambal", „ţac", „ţarc", „ţar" „ţară", „ţarină", „ţintă", „ţine", „ţintar", „ţinut", „ţipă", „ţeavă", „ţelină", „ţese", „ţesut", „ţop", „ţopăit", „ţup", „ţuguiat", „ţuică", „ţipăt", „ţopăie", „ţumburuş", „ţesătoare", „ţestoasă", „ţel", „ţăran", „ţărănesc", „ţipete". Ordinea cuvintelor este cea din

Scanned with OKEN Scanner

lista dată copilului spre lectură. Menționăm că nu au fost înregistrate cuvinte distorsionate, copilul reuşind de fiecare dată când a avut dificultăți articulatorii să se autocorecteze. Lista conținea 29 de cuvinte şi ea a fost lecturată în 22,5 secunde. Performanța aceasta este comparabilă cu cea a unui cititor experimentat (un cititor expert citeşte 120 de cuvinte/minut — Raduly Zorgo, 2010).

Nivelul coarticulator este abordat tot semiglobal. Activitatea a debutat prin elaborarea unei scurte liste de material lingvistic pe care o repetam insistând asupra articulării sunetelor, precum şi asupra coarticulării silabelor constituente. Părintele antrena şi el acasă această listă de cuvinte, în context natural. Cuvintele abordate îi erau explicate copilului şi apoi utilizate în propoziții.

S-a pornit de la premisa că, dobândind abilități articulatorii şi coarticulatorii funcționale la nivelul unor cuvinte complexe fonologic, va ajunge să poată generaliza aceste abilități la nivelul cuvintelor complexe.

Din luna ianuarie, cuvintele din listă au început să fie şi scrise după dictare, pentru ca începând cu luna mai aceste cuvinte să fie utilizate la nivel propozițional şi discursiv.

Lista de cuvinte lucrată este: „primăvară, brazdă, noastre, ridică, rinocer, rug, rochie, par, răspuns, răspândi, rucsac, soare, sticlă, sfârşit, punct, ceas, crocodil, colorăm, culoare, oglindă, fluture, floare, bucătărie, bibliotecă, capră, nouă, deschis, piersică, trandafir, slabă, ritm, blat, crab, crac, crap, blat, blană, blid, şah, haină, rățuşcă, căsuță, triunghi, dreptunghi, pătrat, patru, tractor, trece, trebuie, traversă, trambulină, tirbuşon, trusă, trage, strungă, straie, putred, citrice, brutar, patrulater, pieptăn, stilou, zimți, cimbru, piept, veştejeşte, periuță, rățuşcă, castravete, cuişoare, prăjitură, polonic, strungă, strigoi, ciuleşte, ghem, gherghef, solniță, plastic, cilindru, paralelipiped, albastru, alb, tricicletă, bicicletă, patinoar, binoclu, bifurcație, astm, basm, roagă, grajd, strâmb, strălucit, baborniță, țambal, trambulină, cinema, cişmea, băsmăluță, harababura, haihui, dreptunghi".

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Recomandăm utilizarea exercițiilor bazate pe îmbunătățirea fluenței verbale, aceste exerciții având implicații pozitive și asupra comprehensiunii verbale (Bodea Hațegan, Talaș, 2014).

Nivelul morfologic

Nivelul componentei morfologice a limbajului s-a lucrat cu ajutorul „Probei de evaluare a abilităților de receptare a categoriilor morfologice din limba română" (Hațegan, 2011). Prin intermediul probei au fost punctate diferențele semantice date de diatezele verbale şi s-a insistat asupra pronumelor.

Utilizarea formelor neaccentuate ale pronumelor, precum şi a tuturor celorlalte categorii morfologice ale limbii române, s-a realizat şi în cadrul jocurilor de rol. Considerăm că situațiile conversaționale ar trebui să evidențieze abilități morfolexicale, fonologice şi pragmatice funcționale, prin urmare s-a lucrat mult valorificându-se principiile metodei abordării naturale a conversației, ceea ce a facilitat importante achiziții lingvistice.

Nivelul lexical

În urma evaluării inițiale au fost identificate diferențe importante între abilitățile verbale expresive şi cele impresive, copilul demonstrând capacități de înțelegere superioare celor de exprimare verbală.

La acest nivel s-a urmărit extinderea sferei noționale, insistându-se asupra: figurilor geometrice, culorilor, animalelor domestice, animalelor sălbatice, fructelor, florilor, anotimpurilor, obiectelor de îmbrăcăminte şi încălțăminte, mobilierului, uneltelor şi obiectelor casnice.

Dacă în momentul evaluării s-a constatat că elevul întâmpină reale dificultăți în identificarea chiar şi a culorilor de bază, în urma celor 8 luni de terapie copilul poate oferi definiții puse în context, operaționale, chiar şi structurilor noțional verbale abstracte. În acest sens putem oferi următoarele exemple:

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 10. Circumscrieri noțional verbale.

Cuvinte	Definiții
Frică	„când ți-e frică de cineva, te temi"
Fier	„o greutate"
Excursie	„dna învățătoare duce copiii în excursie la grădina botanică, la Sibiu, la Baia-Mare, la băi"
Furtună	„care plouă tare, tare și vine un tunet și gheață; mie mi-i frică de dârdâi când îi furtună, mi-i frică că trăsnește blocul și luăm foc și ardem de vii"
Dispare	„un om dispare, moare"
Diamant	„o bijuterie"
Frumos	„este curat"
Fix	„este orar fix"
Se îngrijește	„are grijă de celălalt"
Caută	„că s-a pierdut. Eu chiar am pierdut 10 lei și nu i-am găsit."
Petic	„când ai pană se pune la mașină, se pune la roată să nu iasă aerul"
Odihnă	„când dorm"
Liber	„poți să te duci unde vrei"

Multe dintre exemplele de mai sus sunt definiții ale cuvintelor cuprinse în scala Crichton (Anca, 2003), cuvinte pentru care copilul oferă definiții complexe, chiar particularizând anumite experiențe personale. Sub aspect comportamental, este de notat faptul că fiecare cuvânt care îi stârneşte o anumită amintire are un anumit halou afectiv, primeşte o definire complexă, fiind evidentă dorința copilului de a comunica.

Rămân însă prezente mici dificultăți coarticulatorii date de slabul control asupra limbii şi a maxilarului, dificultăți pe care copilul le conştientizează şi depune efort în vederea autocorectării.

Pentru dezvoltarea abilităților lexico-semantice s-au utilizat şi diferite planşe, cartonaşe care conțineau acțiuni pe care copilul trebuia să le denumească. În acest fel s-a echilibrat balanța între funcția denotativă a limbajului şi cea expresivă. La evaluarea inițială s-a constatat faptul că elevul poate denumi unele obiecte, dar

Scanned with OKEN Scanner

nu poate exprima acțiuni, din această cauză terapia trebuind să se focalizeze şi asupra acestui aspect.

Un alt aspect asupra căruia se ţinteşte în terapia logopedică este cel al structurării semantice ordonate, făcându-se astfel trecerea spre nivelul propoziţional al limbajului, dar realizându-se şi stimularea cognitivă, precum şi dezvoltarea abilităţilor de focalizare a atenţiei.

Acest tip de sarcină are un grad de complexitate crescut, au fost utilizate cartonaşe, fiecărui aspect semnificat fiindu-i alocat un număr de trei cartonaşe, ilustrând o succesiune de evenimente care conduc de la situaţia iniţială la situaţia finală, în mod mijlocit, intermediat. Copilul avea sarcina să identifice situaţia iniţială, să o denumească, să identifice situaţia finală şi să o denumească; să identifice modalitatea prin care se poate ajunge de la situaţia iniţială la situaţia finală, selectând cartonaşul potrivit dintre cartonaşele date.

Gradul de complexitate al sarcinii fiind unul crescut, îl pune pe copil în situaţia confruntării cu dificultăţi şi obstacole. În aceste condiţii copilul demonstrează o serie de comportamente impulsive, finalizate cu descărcări nervoase necontrolate, ceea ce îndreaptă demersul terapeutic în direcţia stimulării cognitive şi focalizării asupra succesiunii, ordonării evenimentelor. Din totalul celor 24 de evenimente pe care trebuia să le ordoneze, copilul a evadat din sarcină la cel de-al cincilea eveniment, ceea ce orientează intervenţia şi înspre dezvoltarea funcţionării şi controlului executiv.

Nivel conversaţional-textual

Nivelul conversaţional este componenta cel mai serios afectată, componentă greu de antrenat în condiţiile în care tulburările articulatorii şi coarticulatorii permiteau un nivel foarte scăzut al inteligibilităţii vorbirii.

Prima sarcină care a fost situată la acest nivel al limbajului a fost o sarcină prin care se focaliza asupra dezvoltării abilităţilor sociale. Sarcina a fost formulată în termenii unui joc de rol care angrena în

Scanned with OKEN Scanner

poveste personaje de care copilul este foarte interesat: „şoferul" şi „poliţistul". Interesul copilului este susţinut de meseria tatălui şi de experienţele acestuia de viaţă (tatăl este şofer).

Acest prim joc de rol i-a stârnit interesul de a-şi asuma roluri în actul conversaţional, ceea ce a facilitat introducerea de noi teme de discuţie (jocul „De-a doctorul", jocul „De-a bibliotecara", jocul „De-a vânzătoarea", jocul „De-a judecătorul").

Dacă primul joc de rol a condus la elaborarea de către copil a două propoziţii cu sens, următoarele jocuri au facilitat dezvoltarea de abilităţi conversaţionale funcţionale. Ca urmare, sfera de interacţiune a copilului s-a lărgit, mama copilului menţionând faptul că acum preferă să se joace şi cu copii necunoscuţi, că iniţiază şi menţine o conversaţie cu musafirii, că doreşte să meargă singur la cumpărături la magazinul din colţul blocului, că iniţiază şi menţine conversaţii cu vecinii şi că încearcă să negocieze cu învăţătoarea situaţiile mai puţin favorabile cu care se confruntă la şcoală.

Abilităţile conversaţionale au fost antrenate şi prin elaborare de compuneri pe baza unei poveşti, a unei imagini, a unor cuvinte date.

În acest sens oferim exemplul textului elaborat de copil pe marginea cuvintelor: „avion", „zăpadă", „turtă dulce", „portocală".

Tabelul 11. Textul elaborat pe baza a trei cuvinte date.

„Avionul zboară, are aripi, are motoraș și are în spate și oameni și în față stau piloții. Atuncea când zbura avionul era iarnă și a ajuns la Sibiu. Și avionul tot s-a dus pe gheață. Pilotul mânca o portocală și pasagerii mâncau turtă dulce."

Analizând această mostră de limbaj, remarcăm stilul oral comunicaţional, dificultăţile de utilizare a conectorilor gramaticali, generalizarea lui „şi" în absenţa elementelor de legătură dintre propoziţii. Se notează prezenţa oraşului Sibiu în cadrul textului elaborat, acesta fiind oraşul unde părinţii îl duc pe copil în vizită la bunicii paterni. Din punct de vedere ideatic, textul are logică, deşi

Scanned with OKEN Scanner

stilul de poveste transcende contingentul, copilul având o predilecție spre a-şi imagina lucruri, predilecție născută din comportamentul lui foarte explorativ şi curios.

Componenta matematică

Un alt aspect deficitar a fost cel din sfera matematică. Copilul întâmpina reale dificultăți în scrierea cifrelor după dictare, în stabilirea unităților, a zecilor şi a sunetelor dintr-un număr, în poziționarea corectă a numerelor pentru a putea realiza adunări şi scăderi, în identificarea simbolurilor matematice corespunzătoare operațiilor de adunare şi scădere, în calculul matematic cu sau fără trecere peste ordin, în rezolvarea de probleme matematice simple, în denumirea şi identificarea figurilor geometrice de bază.

Dificultățile majore erau accentuate şi de stilul de lucru pripit-impulsiv (copilul nu aştepta să citească cerința sau să i se spună ce are de făcut), de slaba capacitate de focalizare a atenției, precum şi de agitația psihomotorie care însoțea fiecare secvență de învățare dedicată domeniului matematic.

Considerăm că toate aceste aspecte au putut fi soluționate, în cea mai mare parte, printr-un management comportamental adecvat, dar mai ales prin sarcini de stimulare cognitivă şi odată cu dezvoltarea abilităților lingvistice.

Tulburările de comportament, deficitele în procesarea informației şi tulburările de limbaj şi comunicare trebuie abordate împreună, interrelaționarea acestora fiind evidentă.

9.4. Recomandări

Se recomandă continuarea terapiei logopedice cel puțin cu o regularitate de două ori pe săptămână.

La nivelul clasei se recomandă un curriculum adaptat şi diferențierea învățării în vederea respectării particularităților de vârstă şi dezvoltare, precum şi în vederea valorizării şi activizării

Scanned with OKEN Scanner

potențialului copilului și asigurării inserției școlare eficiente. Se recomandă includerea elevului în programul de sprijin.

10. Abordare conclusivă

Demersul de evaluare și intervenție în sfera tulburărilor dizartrice este unul complex, diagnosticul diferențial se impune cu necesitate, iar particularizarea întregii abordări este o condiție intrinsecă pe care terapeutul se află obligat să o materializeze, chiar și în condițiile în care nu neaparat își propune acest lucru.

Dizartria sub aspectul evaluării și intervenției se aseamănă cu dislalia, elementul diferențiator fiind cel de complexitate a manifestării și implicații la nivelul celorlalte domenii care se reunesc sub cupola tulburărilor de limbaj și comunicare (domeniul rezonator, fonator, respirator etc.).

Abordarea propusă prin acest capitol este centrată atât pe aspectele teoretice, cât și mai ales asupra direcțiilor practice, aplicative, cu exemplificări și detalieri de cazuri, ceea ce îi asigură cititorului o perspectivă clară asupra a ceea ce presupune această categorie diagnostică pentru terapeutul limbajului.

Bibliografie

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecții*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2007). *Psihologia deficienților de auz*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2009). *Tehnici specifice de terapia limbajului*, suport de curs IDD, Catedra de Psihopedagogie Specială, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.

Arseni, C. (coord.) (1981). *Tratat de neurologie*, București: Editura Medicală.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburările de voce și vorbire. Evaluare și intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Scanned with OKEN Scanner

Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (coord.) (2014). *Fluența verbală. Direcții teoretice şi aplicații psihopedagogice*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană,

Benga, I. (1994). *Introducere în neurologia pediatrică*, Cluj-Napoca: Editura Dacia.

Boşcaiu, E. (1983). *Bâlbâiala. Prevenire şi tratament*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Cardeiro, D. (2005). Diadochokinetic Rate. *Gale Encyclopedia of Neurological Disorders*. Accesat în data de 9 noiembrie, 2015 de pe Encyclopedia.com: http://www.encyclopedia.com/doc/1G2-3435200116.html

Clark, M., Harris, R., Jolleff, N., Price, K., Neville, B.Gr. (2010). Worster-Drought Syndrome: poorly recognized and persistent difficulties with feeding and speech, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52:27-32.

Duffy, J. R. (2005). *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnossis and Management*, Missouri: Elsevier Mosby.

Finsterer, J. (2009). Bulbar and spinal muscular atrophy (Kennedy's disease): a review, *European Journal of Neurology*, 16: 556–561.

Fletcher, S. G. (1972). Time-by-Count Measurement of Diadochokinetic Syllable Rate. *Journal of Speech and Hearing Research*, 15 (decembrie 1972): 763–70.

Guțu, M. (1974). *Curs de logopedie*, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2010). Evidențierea complexității producțiilor verbale prin stabilirea lungimii medii a enunțului, în Anca, M (2010). *Psihopedagogia specială între practică şi cercetare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 16–27.

Hațegan, C. (2011). *Abordări structuralist-integrate în terapia limbajului şi a comunicării*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Hațegan, C., Gâlgău, A. (2011). Perspectives on the prevention of learning difficulties related to language structure, *Studia Psychologia-Paedagogia*, nr. 2, pp. 55–65

Scanned with OKEN Scanner

Hughes, R.A.C.; Cornblath, D.R. (2005). Guillain-Barré syndrome, Lancet 366: 1653–66, http://jvsmedicscorner.com/Medicine_files/Guillain%20Barre.pdf

Hughes, J. C., Beverley, M., Whitehead, J. (2007). Using Precision Teaching To Increase The Fluency Of Word Reading With Problem Readers, *European Journal Of Behavior Analysis*, 2007, 8, 221–238.

Icht, M, Ben-David, B. M. (2014). Oral-diadochokinesis rates across languages: English and Hebrew norms. *Journal of Communication Disorders*, 48, 27–37.

Mazeau, M. (1999). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant, Du trouble a la rééducation*, Ediția a II-a, Paris: Masson.

Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention*, ediția a treia, St. Louis: Mosby-Year Book.

Pruthi, G. (2007). Language development in children with mental retardation, DynaPsyc, http://goertzel.org/dynapsych/2007/LanguageDevelopment.htm

Popovici, I., Damian, A., Papuc, I., Popovici, N.C., Chirilean, I. (2000). *Anatomie comparată. Sistemul nervos şi endocrin*, Cluj-Napoca: Editura AcademicPres.

Raduly-Zorgo, E. (2010). *Studenții dislexici. Ghid pentru profesori*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Rondal, J.A., Seron, X. (1999). *Trouble du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Hayen : Editura Pierre Mardaga.

Sharkey, L., McNicholas, F. (2008). More Than 100 Years of Silence, Elective Mutism. A Review of the Literature, *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 17, no. 5, 255–263.

Verza, E., Verza, F. E. (2011). *Tratat de psihopedagogie specială*, Bucureşti: Editura Universității din Bucureşti.

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Scanned with OKEN Scanner

Vrăşmaş, E. (coord.) (2007). *Să învățăm cu… plăcere. Fişe de exerciții logopedice în comunicarea orală şi scrisă*, supliment al Revistei Învățământului Preşcolar, Bucureşti: CNI Coresi S.A.

Webb, W. G., Adler, R. K. (2008). *Neurology for the Speech-Language Pathologist*, Missouri: Mosby Elsevier.

*** (2011). *Predarea citirii în Europa: contexte, politici şi practici* — Agenția Națională pentru Educație, Audiovizual şi Cultură — EACEA P9 Eurydice — mai 2011.

http://pegasus.cc.ucf.edu/~cwatts/spa3101/Neuro4.html

http://eacea.ec.europa.eu/education/Eurydice/

http://www.wilsonsdisease.org/

http://www.ntsad.org/index.php/tay-sachs

Scanned with OKEN Scanner

Capitolul V

Rinolalia. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție[1]

1. Aspecte introductive. Delimitări conceptuale

Rinolalia este o tulburare de limbaj care poate fi definită prin prisma combinării unei tulburări de pronunție (tulburare la nivelul fonetic-fonologic al limbajului), cu o tulburare de voce (tulburarea de voce presupune nazalizarea excesivă sau lipsa nazalizării, acolo unde este nevoie).

Din punct de vedere etimologic, cuvântul rinolalie provine din cuvintele greceşti „rhis", „rhinos" şi „lalia" care înseamnă vorbire pe nas (Moldovan, 2006).

În unele tratate logopedice rinolalia este denumită rinofonie, caracterul nazal al vocii fiind principala caracteristică scoasă în evidență.

2. Etiologia tulburărilor rinolalice

Etiologia tulburărilor rinolalice nu este foarte diferită față de etiologia tulburărilor de limbaj, în general aspectele de specificitate fiind reținute şi marcate (Guțu, 1974; Moisa, 2008):

---

[1] Capitolul V din acest volum, „Rinolalia. Particularități ale demersului de evaluare și intervenție" a fost publicat pentru prima dată în volumul **Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție**, apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat cu revizuiri.

Scanned with OKEN Scanner

- cauze prenatale: infecții ale mamei în timpul sarcinii (virale, parazitare, bacteriene TBC), incompatibilitatea RH-ului, administrare de medicație în timpul sarcinii, aberații cromozomiale, intoxicații ale mamei în timpul sarcinii cu diferiți agenți patogeni; carențe nutritive şi vitaminice (D, A, E), expunere la substanțe radioactive (acesta este cel mai incriminat factor fizic pentru malformațiile congenitale), hipoxia din perioada intrauterină;
- cauze perinatale: asfixia la naştere, hipoxia, manevrele obstetricale;
- cauze postnatale: infecțiile virale, rinofaringitele, puseele febrile, accidentele, suptul degetului;
- cauze de factură psihosocială: greşeli educative, educația forțată sau exagerată, modelele articulatorii disfuncționale din mediu.

Cea mai frecventă cauză pentru tulburările rinolalice este despicătura labio-maxilo-palatină. Această tulburare este de factură organică, genetică, în multe dintre situații.

Malformațiile congenitale de tipul despicăturilor facio-labio-maxilo-palatine sunt clasificate, astfel, după etiologie:

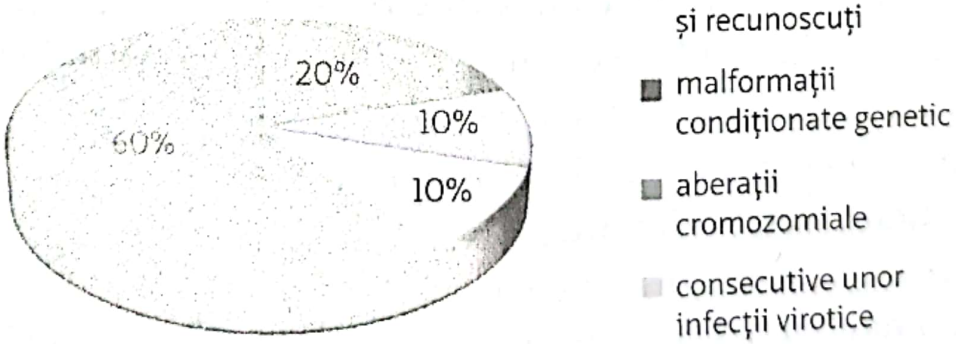

Figura 7. Clasificarea despicăturilor labio-maxilo-palatine după criteriul etiologic (apud Moisa, 2008).

Scanned with OKEN Scanner

3. Date din embriogeneză relaționate cu despicăturile labio-maxilo-palatine

Despicăturile labio-maxilo-palatine reprezintă tulburări în cadrul procesului de embriogeneză a aparatului dentomaxilar. Cea mai critică perioadă este reprezentată de săptămânile 6–11 de viață intrauterină. Palatul primar se formează între zilele 30–35, iar palatul secundar între zilele 45–47. Palatul primar este prima zonă de separație dintre regiunile anterioare ale cavității orale și nazale, din care se va forma o parte din buza superioară și palatul dur (Malek, 2001).

Etape:

- Săptămâna 6 — mugurii faciali sunt dezvoltați, iar mugurii maxilari prezintă muguri dentari;
- Săptămâna 7–11 — mugurii faciali sunt formați, are loc separarea cavității orale de cea nazală, se formează premaxilarul și maxilarul, are loc coalescența mugurilor faciali și ai gâtului, lipsa coalescenței determină despicăturile labio-maxilo-palatine;
- Săptămâna 14 — palatul osos este format și prezintă o sutură mediană.

Despicăturile labio-maxilo-palatine pot fi cauzate de lipsa contactului dintre mugurii faciali, dimensiunea redusă a mugurilor faciali, anomaliile dentare de număr și formă, hipoxia placentară care împiedică dezvoltarea și migrarea lor.

Aceste aspecte conduc la apariția despicăturilor labio-maxilo-palatine cu condiționare genetică. În 2008, Moisa a delimitat la nivelul acestei categorii alte subcategorii:

a. Anomalii genetice sporadice — acestea sunt cauzate de acțiunea unui factor teratogen, sunt rezultatul unei mutații genetice sau sunt rezultatul unei aberații cromozomiale; etiologia este multifactorială.
b. Anomalii familiale — la nivelul unor generații în cadrul aceleiași familii se poate identifica prezența repetată a acestei

Scanned with OKEN Scanner

probleme sub diferite forme de manifestare; mecanismul de transmitere poate fi monogenic, multifactorial sau mezologic (mezologia este o ramură a biologiei care studiază influența mediilor asupra organismelor)[1].

c. Anomalii asociate — acestea conduc la înregistrarea sindroamelor care pot fi condiționate: pleiotropic (care produce mai multe efecte poligenice — Tudor, 2004), mezologic, cromozomial sau de o cauză necunoscută.

d. Anomalii izolate — acestea afectează o anumită parte a corpului şi pot fi cauzate de mutații somatice, monogenice, mezologice sau multifactoriale.

Moisa (2008, p. 5), radiografiind literatura de specialitate, desprinde următoarele teorii patogenice de producere a despicăturilor maxilo-labio-faciale.

1. *Teoria clasică a dezvoltării buzei superioare şi a maxilarului.* Această teorie a mai fost denumită şi lipsa de coalescență primară a mugurilor faciali a lui Dursy, His şi Patten. Aceştia au arătat că mugurii maxilari cresc spre partea anterioară şi spre linia mediană sub mugurii nazali laterali şi se sprijină de mugurele nazal median.
2. *Teoria lui Maurrer, Hoepke, Patten şi Kraus.* Maurrer, Hoepke, (1936), Patten (1961) şi Kraus (1965) susțin că embrionul uman poate vindeca o despicătură formată dacă specimenele examinate prezintă banda lui Simonard peste despicătură.
3. *Teoria reîntăririi mezodermale a membranei epiteliale.* Veau, Politzer (1936), Starc şi Ehrmann (1958) au susținut că buza superioară şi maxilarul se formează prin penetrarea mezodermului între structurile preexistente ale membranei epiteliale.
4. *Teoria microchistică a lui Steinger şi Töndury.* Aceştia explică producerea dehiscențelor (deschiderilor, despicăturilor) prin apariția unor chisturi incluse (aparent cauzate de moartea

[1] http://dexonline.ro/definitie/mezologie.

Scanned with OKEN Scanner

ectodermului la locul fuziunii) în zona unde ar fi trebuit să se producă coalescența mugurilor.

5. *Teoria zonei de necroză a lui Glukmann și Menkes.* Aceasta incriminează în producerea despicăturilor apariția unor zone de necroză între mugurii faciali.

4. Despicăturile labio-maxilo-palatine (keilo-gnato-palato-schizis)

Despicăturile labio-maxilo-palatine pot fi clasificate în funcție de localizarea leziunii, precum și în funcție de extinderea acesteia. Maftei și Chirilă (1999) prezintă mai multe clasificări ale despicăturilor labio-maxilo-palatine.

4.1. Despicăturile palatului primar (buza și alveola dentară)

- unilaterale incomplete (afectează doar buza);
- unilaterale complete (afectează buza, planșeul nazal și alveola dentară);
- bilaterale incomplete (afectează numai buza, simetric sau asimetric);
- bilaterale complete (afectează buza, planșeul nazal și alveola, simetric sau asimetric).

4.2. Despicăturile palatului secundar

- incomplete (afectează palatul moale și o parte din palatul dur). Acestea pot fi, de asemenea, unilaterale sau bilaterale;
- complete (afectează în totalitate palatul moale și palatul dur). Acestea pot fi, de asemenea, unilateral sau bilateral prezente.

Despicăturile labio-palatine sau cele labio-maxilo-palatine sunt cele mai frecvente malformații cranio-faciale, printre cele mai întâlnite

Scanned with OKEN Scanner

anomalii congenitale din practică, cu o prevalență de 1-500 până la 1-2 000 de naşteri; în România prevalența este de 1-800 de naşteri. O treime dintre aceste cazuri cunosc un mecanism ereditar de transmitere, situație în care purtătorul acestei malformații are 50% posibilitatea de a o transmite urmaşilor săi. Doi din trei pacienți cu despicături prezintă o variantă sporadică a tulburării, cu un risc de recurență de 3-4%. Diagnosticul prenatal al despicăturii de buză este posibil ecografic în luna a cincea de sarcină. Tulburarea se poate asocia cu alte forme de tulburări sau poate să apară izolat (Guțu, 1974; Enescu, 2001).

Veau, Borel-Maissony, 1931 (apud Guțu, 1974) delimitează următoarele categorii de despicături marcând şi incidența aferentă:

- despicături ale vălului palatin (20,8%);
- despicătura palatului moale şi tare spre incisivi, fără afectarea rebordului alveolar (30,8%);
- despicătura unilaterală totală — palat moale, palat dur, afectarea rebordului alveolar, inclusiv a buzei superioare (38,8%);
- despicătura bilaterală completă (0,6%).

5. Sindroame asociate cu despicăturile labio-maxilo-palatine

Sindromul Pierre-Robin

Sindromul Pierre-Robin este o afecțiune genetică rară, care se poate moşteni sau poate să apară şi sporadic. Acest sindrom este caracterizat prin micrognație, tulburări de respirație, tulburări de alimentație, dizabilitate auditivă, despicături labio-maxilo-palatine, disfuncționalități velofaringiene, glosoptoză (ieşirea limbii din cavitatea bucală provocată de paralizie) — Tudor, 2004; Anca, Bodea Hațegan, Talaş, 2013.

De la caz la caz pot fi întâlnite diferențe semnificative, în ciuda faptului că diagnosticul este acelaşi[1].

[1] http://www.ccakids.com/assets/syndromebk_pierrerobin.pdf.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul Gordon

Sindromul Gordon se încadrează în categoria tulburărilor genetice rare. Acesta se caracterizează prin asimetrie facială, gât scurt, despicătură palatină, lueta bifida, scolioză şi printr-o rigiditate generalizată la nivelul articulațiilor corpului. Este cunoscut ca o formă de artrogripoză distală, ceea ce înseamnă că rigiditatea afectează în special articulațiile distale de la nivelul picioarelor şi mâinilor; articulația cotului, articulația genunchiului, articulația mâinii. De asemenea, sindromul are specificitate şi din cauza prezenței camptodactiliei (flexia ireversibilă de la nivelul degetelor din cauza unor procese inflamatorii[1]). Mecanismul de transmitere a acestei afecțiuni este autozomal dominant[2].

Sindromul Van der Woude

Acest sindrom are un mecanism de transmitere genetic autozomal dominant. Este un sindrom asociat cu despicături palatine şi se diferențiază prin prezența fistulelor de la nivelul buzei inferioare, de obicei bilateral poziționate. Aceste fistule sunt însoțite de glande salivare accesorii care secretă saliva care se elimină prin intermediul fistulelor. Dezvoltarea psihomotorie şi cognitivă a acelora care prezintă acest sindrom nu este afectată în cele mai multe dintre cazuri[3].

Sindromul Dubowitz

Sindromul Dubowitz este o afecțiune genetică foarte rară, cu un mecanism de transmitere autozomal recesiv. În literatura de specialitate au fost descrise aproximativ 150 de cazuri. Particularitățile medicale, psihologice, de creştere şi de comportament sunt multiple. Persoanele diagnosticate cu acest sindrom prezintă retard mintal,

---

1 http://dexonline.ro.
2 http://www.rarediseases.org/rare-disease-information/rare-diseases/byID/507/viewAbstract.
3 http://ghr.nlm.nih.gov/condition/van-der-woude-syndrome.

Scanned with OKEN Scanner

tulburări de creştere, deficit atenţional, hiperactivitate, manifestări agresive, tulburări de somn şi alimentaţie, enurezis, dificultăţi de integrare socială (le este frică de oameni, sunt timizi, au toleranţă scăzută pentru zgomotele din jur), sistem imunitar deficitar, predispoziţii spre a dezvolta leucemie şi alte tulburări maligne, malformaţii palatine (boltă ogivală), disfuncţionalităţi velofaringiene, despicături palatine submucoase, tulburări de voce (fie o înălţime acută a vocii, fie o înălţime foarte gravă, răguşeală, nazalizare) şi tulburări de vorbire, tulburări neurologice şi oculare (Huber, Houlihan, Filter, 2011).

Sindromul Crouzon

Sindromul Crouzon face parte din categoria sindroamelor genetice, cauza acestuia fiind fuziunea prematură a anumitor oase ale feţei sau ale cutiei craniene în perioada prenatală sau imediat după naştere (craniosinostoză), din cauza mutaţiei genei de pe cromozomul 10 care se ocupă de codificarea unei proteine ce are rol important în creşterea şi dezvoltarea osoasă din timpul sarcinii (FGFR2). Sindromul presupune câteva caracteristici distinctive: nas ascuţit, cutia craniană este deformată (formă conică şi ascuţită a oaselor — oxicefalie), maxilarul superior este nedezvoltat, probleme în implantarea dentiţiei, exoftalmie, dizabilităţi vizuale şi auditive şi despicături labio-maxilo-palatine. Incidenţa în populaţie este scăzută, 1 caz la 16 milioane de naşteri. Sindromul Crouzon se aseamănă cu sindromul Apert, unde oxicefalia este asociată cu sindactilia osoasă (Robin, Falk, Haldeman-Englert, 2011).

Sindromul Apert

Sindromul Apert este o afecţiune genetică, cu un mecanism de transmitere autozomal dominant, caracterizată prin sudura oaselor cutiei craniene imediat după naştere (craniosinostoză), ceea ce are implicaţii negative asupra oaselor capului şi asupra dezvoltării sistemului nervos central. De asemenea, sindromul se caracterizează

Scanned with OKEN Scanner

şi prin sindactilie osoasă, tulburări de limbaj şi deficit cognitiv. Malformarea cavității bucale, despicătura velară, implantarea defectuoasă a dinților, malocluziile şi prognatismul sunt dependente de bombarea excesivă a părții posterioare a cutiei craniene şi de absorbirea feței[1].

Sindromul Stickler

Sindromul Stickler[2] este cauzat de structura anormală a colagenului (colagenul are rol în a realiza legătura între oase şi țesuturi), prin urmare persoanele cu acest sindrom pot prezenta o serie de caracteristici: articulații sau foarte rigide, sau extrem de moi, anomalii faciale (față mică, nasul plat, fosele nazale separate puțin sau deloc), degete îngroşate, deformări ale sternului, pierderi de auz, deficit cognitiv, despicături palatine (în special submucoase), lueta bifida, deficit vizual (miopie, cataractă, glaucom, posibile dezlipiri de retină), tulburări de învățare. Sindromul este genetic şi ereditar, acesta se transmite de la părintele purtător al modificării de la nivelul genei COL2A1. Au fost întâlnite cazuri în care sindromul nu este moştenit, acesta apărând sporadic (Moldovan, 2006).

Sindromul Saethre-Chotzen

Sindromul Saethre-Chotzen are un mecanism de transmitere autozomal dominant, acesta este moştenit şi este cauzat de mutațiile de la nivelul genei TWIST. Această genă are rol în sinteza unei proteine importante pentru organismul uman. Şi în cazul acestui sindrom apare foarte de timpuriu fuziunea oaselor cutiei craniene, ceea ce conduce la malformații cranio-maxilo-faciale importante, despicături palatine şi micrognație (un maxilar mai redus decât celălalt sau o parte a feței mai redusă decât cealaltă). Fața poate fi caracterizată prin asimetrie, pot apărea o serie de tulburări de implantare a dinților, cutia craniană are o formă ascuțită, la fel

[1] http://ghr.nlm.nih.gov/condition/apert-syndrome.
[2] http://www.stickler.org.uk/info.htm.

Scanned with OKEN Scanner

şi urechile (doar în unele cazuri), tulburări cardiace, probleme la nivelul coloanei vertebrale, statură mică, frunte lată, distanța dintre ochi este mai mare (hipertelorism)[1].

Sindromul Kabuki

Sindromul Kabuki face parte din categoria sindroamelor genetice rare. Au fost inventariate până acum în jur de 350 de cazuri în întreaga lume. Acest sindrom se caracterizează printr-o serie de particularități: fante palpebrale foarte alungite, sprâncene arcuite (fața acestor persoane pare machiată), urechile sunt implantate mai jos, degetele de la mâini sunt groase şi scurte, malformațiile urogenitale sunt specifice. Rareori acest sindrom este asociat cu despicături labio-maxilo-palatine (Ioan, Zamfirescu, 2008).

6. Implicațiile despicăturilor labio-maxilo-faciale. Manifestări clinice

Malformația congenitală provoacă dereglări ale scheletului facial, ale părților moi, care încep în perioada embrionară şi continuă în perioada postnatală. Copiii cu despicături labio-maxilo-palatine prezintă o serie de tulburări funcționale (Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006):

- dificultăți de alimentație (stagnare în creşterea în greutate şi înălțime);
- tulburări de respirație — nu se diferențiază respirația orală de cea nazală, volumul respirator este afectat, tipul de respirație este preponderent superficial, toracal;
- tulburări de fonație — vocea copiilor cu rinolalie deschisă despicăturilor palatine este puternic nazalizată şi frecvențele pe care se articulează sunt mult mai înalte din cauza asocierii

[1] http://ghr.nlm.nih.gov/condition/saethre-chotzen-syndrome.

Scanned with OKEN Scanner

celor două cavități ale traiectului fonoarticulator: cavitatea nazală şi cavitatea bucală;
- reducerea inteligibilității verbale din cauza faptului că sunt afectate majoritatea sunetelor, mai puțin sunetele nazale. Chiar şi în cazul sunetelor nazale este prezentă hipernazalizarea. Vorbirea este estompată, nediferențiată, nu apar sunetele explozive din cauza faptului că lipseşte posibilitatea realizării ocluziei la nivelul palatului. Apar o serie de sunete glotice care parazitează spectrul vorbirii. Întreaga bază articulatorie se posteriorizează foarte mult, ceea ce conduce la apariția unui timbru specific marcat de tulburări articulatorii şi de voce. Nivelul inteligibilității vorbirii este afectat şi din cauza tulburărilor de ritm şi de fluență care apar ca urmare a dozării necorespunzătoare a aerului respirator;
- tulburări fizionomice (sunt prezente şi o serie de grimase, ticuri, mişcări faciale involuntare, ca urmare a acomodării organelor fonoarticulatorii, în vederea pronunției sunetelor, dincolo de malformațiile faciale, palatale, labio-maxilo-faciale, care sunt evidente).

7. Formele de rinolalie și specificul acestora

Moldovan (2006) menționează faptul că în literatura de specialitate pot fi delimitate două clasificări ale rinolaliilor.

Prima clasificare îi aparține lui Nor Kamaruzaman Esa şi delimitează două forme de rinolalie:
- Rinolalia deschisă (aperta) — în acest caz tulburarea de pronunție şi voce este caracterizată prin deperdiția nazală excesivă, prin prezența hipernazonanței. De asemenea, în cazurile de rinolalie severă (cu despicături palatine bilaterale totale) apare şi explozia glotică „coup de glotte" (Guțu, 1974; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006), care reduce semnificativ nivelul fonației şi inteligibilitatea vorbirii.

Scanned with OKEN Scanner

- Rinolalia închisă (clausa) — în acest caz tulburarea de pronunție și voce este caracterizată prin hiponazalizare, prin blocarea scurgerii aerului și prin cavitatea nazală din cauza proliferării de țesut la nivelul posterior al cavității bucale, vegetații adenoide, blocarea vălului palatin în poziție ridicată din cauza malformațiilor sau parezelor etc. Astfel, sunetele nazale (m-n) își pierd caracterul nazal și nu mai pot fi diferențiate de sunetele orale omonime (b-d). Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones (2006) menționează ca formă distinctă de hiporezonanță nazală rezonanța de tip *„cul-de-sac"*. Întrucât nu putem oferi o traducere completă, fidelă a termenului, realizăm o descriere a specificului tabloului: sunetele sunt distorsionate, în locul articulării sunetelor apare un pocnet surd la nivelul părții cavității bucale, sunetul este înfundat, grav, acest tip de hiponazalizare se asociază cu deviația de sept.

Guțu (1974) consideră că și cea de-a treia formă de rinolalie poate fi identificată, anume rinolalia mixtă.

- Rinolalia mixtă — tulburarea de pronunție și voce caracterizată atât prin prezența hipernazalizării, cât și a hiponazalizării. Acest tip de tulburare se instalează mai ales în condițiile rinolaliei închise care postoperator se transformă în rinolalie deschisă.

Diagnosticul diferențial dintre cele trei tipuri de rinolalie se face prin examinarea mobilității vălului palatin și a direcției de scurgere a aerului. Mobilitatea vălului palatin este evaluată prin următoarele strategii și modalități (Guțu, 1974; Moldovan, 2006):

- când copilul poate sufla într-un fluier fără să-și astupe nasul — nu sunt probleme cu vălul palatin;
- când copilul poate înghiți o gură mare de lichid fără ca acesta să refuleze pe nas — nu sunt probleme cu vălul palatin;
- când poate pronunța siflanta „s" corect — nu sunt probleme cu vălul palatin;

Scanned with OKEN Scanner

- poate pronunța fără rezonanță nazală doar cu capul aplecat pe spate — rinolalie deschisă, vălul palatin nu efectuează fără sprijin mişcarea de ridicare în vederea obturării trecerii aerului şi prin cavitatea nazală;
- în cazul în care copilul are o voce nenazală când plânge, iar când vorbeşte una nazală — rinolalie funcțională (vălul palatin este integru din punct de vedere organic, însă ca funcționalitate demonstrează deficite);
- dacă atunci când copilul respiră pe nas şi i se cere să deschidă brusc gura, vălul palatin rămâne ridicat — rinolalie închisă (deficitul este identificat la nivelul funcționalității vălului palatin, deficitul poate fi de natură organică periferică sau de natură centrală, nervoasă);
- dacă vălul palatin nu se ridică în mod reflex la o apăsare cu spatula pe rădăcina limbii, ci rămâne coborât — pareză velopalatină;
- examinarea medicală de specialitate: videofluoroscopie, laringoscopie, SNORS (Sharp, 2000).

Determinarea direcției de scurgere a undei de aer expirator se evaluează prin următoarele strategii şi modalități (Guțu, 1974; Moldovan, 2006):

- se umflă obrajii cu limba scoasă între buze, în aşa fel încât aerul să nu se poată scurge pe nas. Imposibilitatea reținerii aerului în cavitatea bucală este specifică acelora cu rinolalie deschisă;
- se suflă în instrumente muzicale, lumânare, bărcuță pe apă etc.;
- determinarea pe calea auzului folosind două serii de propoziții: una formată doar din sunete orale şi una formată din sunete orale şi nazale. Pentru a face lectura propozițiilor mai elocventă se pot citi cu narinele libere sau apăsate în mod alternativ, rinolalicul fiind înregistrat audio, cu scopul autocontrolului şi al comparării;

Scanned with OKEN Scanner

- palparea narinelor în timpul pronunțării cuvintelor care conțin sunete nazale şi orale:
- i se cere copilului să pronunțe grupul vocalic „ai" — dacă rezonanța creşte când copilul strânge cu degetele narinele, rinolalia este deschisă;
- aşezarea unei oglinzi sub nas: în cazul în care copilul pierde aer prin cavitatea nazală atunci când pronunță sunete orale, acesta prezintă rinolalie deschisă; dacă oglinda nu se abureşte atunci când sunt pronunțate sunete nazale, forma de rinolalie este închisă;
- utilizarea instrumentelor şi tehnicilor computerizate de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii, acestea permițând vizualizarea prezenței rezonanței nazale sau absența acesteia (Praat, Cool Edit Pro, Bodea Hațegan, 2013);
- fişele şi scalele de evaluare a pronunției sunetelor pot facilita realizarea diagnosticului diferențial. O astfel de fişă poate fi cea din tabelul 12 (observăm că fişa de evaluare a pronunției sunetelor izolate în contextul rinolaliei are similitudini cu cea utilizată în contextul dislaliei, dar, bineînțeles, şi elemente diferențiatoare).

Tabelul 12. Fişa de evaluare a sunetelor izolate în contextul rinolaliei

Sunetul/ fonemul	Emitere corectă	Hipernazalizare	Hiponazalizare	Alte observații
VOCALE				
A				
O				
U				
Ă				
E				
Î/Â				
I				

Scanned with OKEN Scanner

Sunetul/ fonemul	Emitere corectă	Hipernazalizare	Hiponazalizare	Alte observații
CONSOANE EXPLOZIVE				
P				
B				
T				
D				
C				
G				
CONSOANE FRICATIVE				
F				
V				
S				
Z				
Ș				
J				
H				
CONSOANE AFRICATE				
Ğ				
Č				
Ț				
CONSOANE LICHIDE				
L				
R				
CONSOANE NAZALE				
M				
N				
Total sunete 27				

Cea de-a doua clasificare a rinolaliilor le aparține lui Stinchfield și lui Robinson (1931 apud Moldovan, 2006) și delimitează între:

– rinolalia megauvulică (determinată de hipertrofierea uvulei);

Scanned with OKEN Scanner

- rinolalia microuranică (determinată de alungirea insuficientă a palatului moale şi a uvulei);
- rinolalia urnoschismatică (cauzată de despicăturile palatine);
- rinolalia renotraumatică (cauzată de traumatisme).

DE REȚINUT!

Incidența rinolaliilor nu este foarte crescută în realitatea practicii logopedice din țara noastră, dar nici din alte țări, însă implicațiile medicale și sociale ale acestei tulburări sunt semnificative, ceea ce face ca această tulburare să fie considerată una complexă.

8. Direcții terapeutice

În demersul de terapie logopedică adresat tulburărilor rinolalice se delimitează două etape distincte:

- etapa preoperatorie;
- etapa postoperatorie.

În aceste condiții se subliniază şi nevoia abordării medicale a tulburării, dar mai ales a derulării unei munci de echipă (medic, logoped, psihopedagog, părinte, consilier). Intervenția chirurgicală reprezintă o etapă foarte importantă în reconstrucția bazei articulatorii, decizia de intervenție şi momentul efectuării acesteia depinzând de particularitățile diagnostice ale cazului, de pronosticul realizat şi de gravitatea implicațiilor negative ale malformațiilor asupra vieții pacientului.

Abordarea logopedică în etapa preoperatorie este decisivă, mai ales că în foarte multe dintre aceste cazuri intervenția chirurgicală nu are loc imediat după naştere. Abordarea logopedică postoperatorie constituie o etapă la fel de importantă, aceasta asigurându-i persoanei cu rinolalie adaptarea la noile posibilități articulatorii pe care intervenția chirurgicală i le oferă.

Scanned with OKEN Scanner

În funcție de cele două forme principale de rinolalie, cea închisă şi cea deschisă, demersul terapeutic din cele două etape se prefigurează distinct.

8.1. Rinolalia deschisă — forme și intervenție (etapele preoperatorie și postoperatorie)

8.1.1. Aspecte generale

Rinolalia deschisă poate fi cauzată de:

- tulburări funcționale (aceasta afectează mai ales pronunția vocalelor şi se datorează afectării funcționalității vălului palatin, în condițiile integrității organice a acestuia, hipoacuziei, tulburărilor de ritm şi fluență, imitării unor modele disfuncționale, deprinderilor articulatorii defectuoase, tulburărilor de respirație, deficitelor auzului fonematic). În aceste cazuri nu se impune intervenția chirurgicală, intervenția protetică şi cea logopedică fiind suficiente (Guțu, 1974; Moldovan, 2006);
- tulburări organice (acestea presupun afectarea pronunției vocalelor şi consoanelor deopotrivă). În aceste cazuri, de cele mai multe ori se impune intervenția chirurgicală, intervenția protetică şi cea logopedică. Tulburările organice pot fi localizate fie anterior, fie posterior, ceea ce implică diferențieri masive ale demersului terapeutic; dintre acestea menționăm: malformații congenitale ale vălului palatin, infecții care au afectat integritatea țesutului vălului palatin (de exemplu, sifilis), vegetații adenoide, lipsa uvulei, uvula bifida, despicăturile palatine (Moldovan, 2006).

Astfel, rinolalia deschisă poate fi cauzată atât de leziuni anterioare ale palatului dur, ale rebordului alveolar şi ale buzei, cât şi de leziuni posterioare, ale palatului moale (vălului palatin). De asemenea, leziunile pot fi unilaterale sau bilaterale sau chiar submucoase (când țesuturile musculare sunt intacte, dar structurile din profunzime prezintă afectări; Guțu (1974) menționează faptul

Scanned with OKEN Scanner

că există o corelație între despicăturile vârfului limbii și prezența despicăturilor submucoase).

Rinolalia deschisă organică poate fi cauzată și de pareze ale vălului palatin (aceste situații sunt abordate pe larg în capitolul dedicat tulburărilor dizartrice), precum și de extirparea polipilor sau vegetațiilor adenoide.

Este evident faptul că demersul terapeutic în etapa preoperatorie, pentru tulburarea de tip rinolalic deschis se nuanțează foarte mult de la caz la caz. Propunem în cele ce urmează un demers terapeutic general, urmând etapele și specificul proiectării terapiei logopedice.

8.1.2. Etapa preoperatorie

Etapa preoperatorie este caracterizată printr-o serie de constrângeri anatomice, constrângeri cu implicații atât în planul structurării limbajului, cât și în planul hrănirii, alimentării.

Intervenția chirurgicală are loc aproximativ în a doua parte a primului an de viață sau în prima parte a celui de-al doilea an de viață, în medie cam în jurul vârstei de 18 luni (Peterson–Falzone, Trost–Cardamone, Karnell, Hardin–Jones, 2006). Prelungirea perioadei preoperatorii din cauze medicale obiective este, de asemenea, posibilă. În aceste condiții, implicațiile asupra structurării limbajului pot fi:

- în funcție de cât de extinsă este despicătura palatină, copilul manifestă tendința de a evita să articuleze sunetele palatale, din cauza absenței unei părți din palatul dur, ceea ce înseamnă că în vorbirea copilului apare un număr mult mai redus de consoane;
- nazalizarea sunetelor produse conduce la imposibilitatea diferențierii sunetelor explozive „b" și „p" de omonima lor nazală „m", dar și a explozivelor „d" și „t" de omonima lor nazală „n";
- sunetele glotice sunt prezente din cauza posteriorizării ocluziei, în vederea materializării posibilității articulatorii;
- despicăturile palatine se pot asocia cu o serie de implicații patologice și la nivelul funcției auditive (patologii cronice ale

Scanned with OKEN Scanner

urechii medii), din cauza comunicării strânse dintre ureche şi faringe, ceea ce poate conduce la scăderea feedbackului auditiv, precum şi a controlului vocii şi articulării.

În această parte a demersului terapeutic sunt parcurse toate etapele terapiei logopedice clasice — etapa pregătitoare, etapa de emitere a sunetelor, etapa de diferențiere a sunetelor izolate, etapa de consolidare, etapa de diferențiere a sunetelor în silabe şi cuvinte, etapa de automatizare (vezi tabelul 13).

DE REȚINUT!

Menționăm faptul că în capitolul adresat tulburării dislalice, demersul de abordare terapeutică a fost ilustrat tot sub formă tabelară ca și în acest capitol, diferențele terapeutice fiind însă punctate. În acest sens considerăm că acest material vine să întărească faptul că tulburarea rinolalică este, de fapt, o tulburare de pronunție, în care elementele rezonatorii specifice, dar și implicațiile fuziunii tulburării de pronunție cu tulburarea de voce trebuie abordate judicios, într-o manieră corectiv-terapeutică distinctă.

Analizând cele două programe de intervenție, cel din capitolul adresat tulburărilor dislalice și cel din acest capitol, adresat tulburării rinolalice, constatăm că cele două demersuri de intervenție se suprapun la nivelul etapei pregătitoare, o etapă în care elementul de specificitate diagnostică este relevant într-o proporție mai scăzută. Apoi, celelalte etape ale demersului de intervenție sunt marcate de elementul de specificitate, în funcție de diagnosticul logopedic stabilit.

Desigur că se insistă asupra etapei pregătitoare şi a etapelor de diferențiere fonematică, mai puțin asupra emiterii, consolidării şi automatizării sunetelor, deoarece în lipsa reconstrucției palatale uneori nu se poate pune problema formării unei baze articulatorii. În schimb, în această etapă este foarte importantă pregătirea copilului pentru etapa postoperatorie, prin conştientizarea tuturor mecanismelor care conduc la configurarea abilităților lingvistice şi de comunicare.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 13. Demersul terapeutic din etapa preoperatorie — rinolalia deschisă.

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
1. Etapa pregătitoare	– evaluarea nivelului preachiziților (structuri senzoriopercceptive; schemă corporală, lateralitate, orientare spațiotemporală); -stimularea structurării preachizițiilor;	În această primă etapă se stabilește nivelul preachizițiilor, cu certe implicații asupra structurării limbajului oral și scris (Rondal, 1991 apud Anca, 2007). Dacă nivelul preachizițiilor nu este corespunzător vârstei, sunt derulate activități de stimulare și dezvoltare a acelor preachiziții încă deficitar structurate. Structurarea preachizițiilor este determinată de funcționarea cognitivă, precum și de factori contextuali și de mediu. Prin urmare, evaluarea preachizițiilor țintește și asupra acestor aspecte. În cazul intervenției timpurii, în această etapă se stabilește nivelul de dezvoltare a copilului din punct de vedere senzoriomotor și se intervine la nivelul aspectelor deficitar structurate. Nevoia adaptării întregului demers la specificul cazului este evidentă.	– exerciții pentru denumirea și identificarea culorilor și a formelor geometrice; – activități de diferențiere a structurilor antonimice (mic-mare, sus-jos, tare-moale etc.); – exerciții de diferențiere a simetricului de identic; – activități de denumire a părților corpului, a acțiunilor care pot fi realizate cu acele părți ale corpului; – exerciții de identificare a părților corpului denumite mai întâi pe propria persoană, pe o altă persoană sau pe o păpușă, iar apoi într-o reprezentare imagistică bidimensională; – exerciții de completare de imagini lacunare cu părți ale corpului; – jocuri de asociere a părților corpului cu obiectele de îmbrăcăminte corespunzătoare și cu anotimpul aferent;	– creioane colorate; – obiecte colorate diferit și de mărimi diferite; – forme geometrice; – planșe cu părți ale corpului; – fișe pentru evaluarea și stimularea achizițiilor privind culorile, părțile corpului, formele geometrice etc.; – imagini aferente structurilor lingvistice antrenate; – păpuși; – jocul „Manechinul"; – testul Desenează o persoană (Goodenough); – teste pentru evaluarea lateralității (Piaget–Head) — Vrășmaș, Stănică, 1997;

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
			– exerciții de identificare a poziției spațiale: „stânga–dreapta", „în față–în spate", „lângă", „pe", „sub", „în"; – exerciții de identificare a mâinii stângi, urechii drepte etc.; pe propria persoană, pe partenerul cu care se află față în față (în oglindă); – exerciții de efectuare de sarcini complexe prin care se demonstrează capacitatea integratoare, de utilizare în context a preachizițiilor (de exemplu: cu mâna stângă ridică paharul verde de pe masă).	– proba de evaluare a vârstei psihologice a limbajului (adaptată după Alice Descoeudres) — Vrășmaș; Stănică, 1997; – cuburile Kohs (Kulcsar, Preda, 1977, Preda, 1997); – testul Matrici Progresive Colorate Raven; – proba Reversal (Preda, 1997).
	– dezvoltarea conduitelor motorii de bază (mersul, prehensiunea, pensa digitală, mișcările de pronație și supinație);	Componenta de motricitate generală este vizată la acest nivel, componentă care asigură baza pentru dezvoltarea abilităților fonoarticulatorii. De asemenea, această componentă este extrem de necesară și pentru pregătirea fizică a copilului, pentru intervenția chirurgicală care urmează (dacă este cazul). Ritmul corporal aflat în relație directă cu ritmul vorbirii este cu predilecție vizat.	– exerciții pentru educarea mersului (tipuri de mers — mersul soldățelului, mersul piticului, mersul ursului, mersul iepurașului etc.); – exerciții pentru antrenarea motricității generale (picioare, brațe, trunchi); – hidroterapie și terapie prin înot (acolo unde este cazul, deoarece și tulburarea rinolalică poate fi asociată cu o tulburare motorie, neuromotorie sau din spectrul autist);	– muzică; – cântecele pentru copii; – jetoane colorate; – fișe de lucru; – bazin cu bile; – cameră de stimulare multisenzorială activă și pasivă; – coardă elastică; – mingi; – instrumente de scris; – instrumente pentru pictură și dactilopictură;

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
		Componenta de motricitate generală este reluată în momentul în care sunt desfășurate activități de gimnastică respiratorie.	– exerciții de redare a alfabetului corporal (Fătu Zelma, 1969); – exerciții pentru antrenarea grupelor musculare ale mâinilor; – exerciții pentru antrenarea mișcărilor complexe ale brațului și antebrațului; – exerciții pentru educarea ritmului corporal; – exerciții de relaționare a ritmului corporal, cu emisii verbale corespunzătoare; – exerciții de reproducere și generare de structuri ritmate prin: mișcări ale corpului, utilizarea diverselor jetoane, reprezentări grafice etc; – metoda grafismului fonetic și a desenului discursului (Anca, 2000); – exerciții de antrenare în vederea achiziției scrisului (formarea pensei digitale, redare de reprezentări grafice după model, desen, dactilopictură, pictură etc.).	– bazine cu apă; – alte obiecte utilizate în sala de sport sau cabinetul de kinetoterapie.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– antrenarea musculaturii buzelor, feței, limbii, mandibulei, vălului palatin (dacă este cazul);	Se lucrează antrenarea grupelor musculare implicate în procesul articulator și fonator. Se insistă asupra creșterii tonusului muscular, asupra creșterii elasticității și flexibilității grupelor musculare, în vederea asigurării unei baze articulatorii funcționale.	– exerciții pentru antrenarea musculaturii buzelor, feței, limbii, mandibulei, vălului palatin; – demonstrația în fața oglinzii logopedice; – problematizarea exercițiilor în vederea îmbunătățirii autocontrolului.	– planșe, imagini, mulaje; – profiluri articulatorii; – cântecele și poezioare; – softuri educaționale; – fișa logopedică; – aplicațiile SpeechCompanion Speech Therapy și SmallTalk Oral Motor Exercises; – oglinda logopedică.
	– antrenarea atenției auditive;	Se antrenează capacitatea copilului de a identifica sursa sonoră, de a diferenția stimulii auditivi și de a-i identifica. Această componentă este extrem de importantă, mai ales atunci când rinolalia poate fi asociată cu pierderi auditive.	– exerciții de identificare a sursei sonore; – exerciții de localizare a sunetelor; – exerciții de diferențiere a stimulilor auditivi (din game de frecvențe foarte diferite și din game de frecvențe apropiate); – jocul „Cine te-a strigat pe nume?"; – jocul „Baba oarba!".	– stimuli auditivi; – obiecte care produc sunete; – înregistrări audio; – instrumente muzicale.
	– antrenarea memoriei verbale;	Memoria verbală reprezintă o componentă importantă care asigură capacitatea de receptare și stocare a stimulilor verbali. Aceasta are un rol important și în procesarea succesiunii sunetelor la nivel de cuvânt, a cuvintelor la nivel de propoziție și a	– exerciții de reprodus serii de sunete, direct și indirect; – exerciții de reprodus serii de silabe, direct și indirect; – exerciții de reprodus cuvinte cu și fără semnificație;	– liste de sunete, silabe, cuvinte, propoziții; – texte; – cărți de povești; – povești în imagini; – cărți cu cântecele și poezii;

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
		propozițiilor la nivel de text. Memoria verbală este direct relaționată cu abilitățile de organizare temporală, precum și cu abilitățile de procesare fonologică.	– exerciții de reprodus sintagme și propoziții audiate; – exerciții de repovestire a unei povești; – jocuri de ordonare a imaginilor prin care se prezintă un eveniment în mod cronologic; – exerciții de memorare a unor scurte poezii și cântecele.	– înregistrări audio-video.
	– antrenarea abilităților perceptiv–auditive (a procesării fonologice, a auzului fonematic);	Antrenarea abilităților auditiv-verbale și a abilităților de procesare fonologică (conștiință fonologică, conștiință fonematică, auz fonematic) asigură pregătirea componentei senzoriale a limbajului. În această etapă terapia se particularizează, de asemenea, în funcție de specificul cazului, de condițiile diagnostice asociate. Propunem în această etapă utilizarea unei serii de metode și procedee specifice terapiei auditiv-verbale și a antrenamentelor auditive, racordând perspectiva terapeutică propusă la cea vehiculată în spațiul francofon, unde domeniul logopedic se întrepătrunde cu cel ortofonic.	– exerciții de detecție, discriminare, identificare și comprehensiune cu foneme, cuvinte, sintagme și propoziții; – activități de denumire a animalului corespunzător structurii onomatopeice audiate; – exerciții de diferențiere a sunetelor din natură; – exerciții de discriminare și identificare a vocilor umane (voce de copil, voce de femeie, voce de bărbat, voci familiare vs. voci nefamiliare); – exerciții de diferențiere și identificare a diferitelor instrumente muzicale (tobă, clopoței, xilofon, trianglu, fluier, pian, acordeon);	– proba GASP (Anca, 2003); – softuri educaționale (soft pentru antrenarea auzului fonematic, softul ECHO, Valizele Magice-Hațegan, 2007 etc.); – cântecele și poezioare; – fișe de lucru; – liste cu structuri onomatopeice; – liste cu structuri lingvistice construite pe principiul perechilor minimale; – instrumente muzicale; – audiometru.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
			– exerciții de diferențiere fonematică (structuri paronimice); – jocul „Deschide urechea bine"; – jocul „Telefonul fără fir"; – metode de antrenament auditiv adaptate fiecărui caz particular (metoda abordării naturale a conversației, metoda maternal reflectivă MRM, metoda stimul-răspuns, metoda moderat-structurată) — Anca, 2000; – tehnici specifice terapiei auditiv-verbale.	
	– diferențierea respirației orale de cea nazală;	Se insistă asupra conștientizării caracterului nazal al pronunției și asupra diferențierii respirației orale de cea nazală. Pentru a facilita derularea exercițiilor se recurge și la presarea cu degetele a narinelor pentru a bloca scurgerea aerului prin cavitatea nazală și pentru a facilita comparația.	– exerciții de dirijare a scurgerii undei de aer prin cavitatea orală și cea nazală; – demonstrația; – comparații pe baza înregistrărilor audio, bazate pe tehnica bio-feedbackului; – problematizarea.	– reportofon (sau alte mijloace de înregistrare audio-video); – proteze de palat (palat artificial dacă este cazul); – planșe, imagini, mulaje.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– creșterea volumului respirator;	Se lucrează exerciții de respirație în vederea creșterii volumului respirator și a materializării respirației costoabdominale (o respirație puternică).	– exerciții de inspir și expir în poziție culcat pe spate; exercițiul se complică prin așezarea de mici greutăți pe abdomenul persoanei, în vederea asigurării creșterii volumului respirator și a asigurării respirației profunde; – exerciții de inspir și expir în poziție șezând; – exerciții de inspir și expir nonverbal, în poziție verticală; – exerciții de suflat în diferite instrumente muzicale; – exerciții de gimnastică respiratorie.	– înregistrări audio (muzică, poezii); – instrumente muzicale de suflat (fluier, trompetă, flaut, nai etc.); – spirometru; – baloane; – aplicațiile Free Candle, Magic Candle, Blowww... Balloon; – jocul „Turbino" etc.
	– creșterea preciziei respiratorii;	În vederea atingerii acestui obiectiv se antrenează capacitatea de dozare corespunzătoare a inspirului și expirului, în raport cu un context anume. Aceste abilități sunt necesare în vederea asigurării trecerii de la respirația nonverbală la respirația verbală.	– exerciții de suflat pentru stingerea unei lumânări, a unui chibrit și pentru menținerea flăcării lumânării; – exerciții de suflat pentru a face balonașe de săpun, pentru a menține balonașele în aer, pentru a face valuri mai mari sau mai mici într-un recipient cu apă, pentru a orienta o bărcuță de hârtie pe apă etc.; – exerciții de inspir și expir în funcție de bătăile unui metronom (mai întâi într-un ritm monoton, apoi într-un ritm accelerat, apoi într-un ritm încetinit).	– lumânare, chibrit; – balonașe de săpun; – recipient cu apă; – bărcuță sau alte obiecte confecționate din hârtie; – metronomul.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
	– prelungirea expirului în respirația verbală;	În această etapă se urmărește diferențierea respirației nonverbale de cea verbală. Principalul aspect diferențiator este cel care privește prelungirea expirului în timpul respirației verbale, spre deosebire de situația în care inspirul și expirul sunt la fel de extinse temporal în timpul respirației nonverbale. Dacă sunt atinse obiectivele de mai sus, copilul poate să prelungească expirul având și un volum respirator mai mare, dar și o forță și o precizie respiratorie mai substanțiale. Se poate recurge și la citire în situațiile în care copilul a atins acest nivel de dezvoltare.	– pentru a se asigura prelungirea expirului se începe rostirea prelungită a sunetului vocalic „a" pe o singură respirație. Se fac exerciții de articulare prelungită a sunetului „a" și articulare scurtă, o singură dată, fie pe o singură respirație, fie pe mai multe; – se lucrează apoi exerciții în același fel cu alte foneme vocalice și consonantice (doar acele foneme consonantice ce pot fi prelungite — fricativele, africatele); – exercițiile se complică prin utilizarea silabelor, cuvintelor, sintagmelor și propozițiilor; – pentru a demonstra atingerea obiectivului, respirația verbală trebuie să fie funcțională, atunci când sunt lecturate expresiv texte; – problematizarea poate fi o metodă importantă de lucru atunci când copiii cu care se lucrează dau dovadă de înțelegerea aspectelor particulare ale abilităților lor respiratorii și articulatorii.	– oglinda logopedică; – fișe de lucru; – liste cu material imagistic și verbal; -colecții de texte literare/nonliterare; – poezioare; – cântecele; – alfabetar magnetic.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
2. Etapa emiterii sunetelor.	– formarea bazei de articulare pentru sunetele limbii române;	În contextul rinolaliei deschise sunt afectate într-o proporție semnificativă cele mai multe dintre sunetele limbii române, anume sunetele orale. Sunetele nazale sunt și ele afectate din cauza hipernazalizării, dar acestea fiind reduse numeric (în limba română sunt doar două sunete nazale — „m" și „n"), nu au un impact atât de mare asupra nivelului inteligibilității vorbirii. Astfel, după antrenarea abilităților perceptiv-auditive, motorii și respiratorii este important să se treacă la emiterea sunetelor izolate (emiterea sunetelor se realizează la fel ca în cazul tulburării dislalice). În etapa preoperatorie se insistă mai mult asupra structurării bazei articulatorii corecte, mai puțin asupra mecanismului articulator, cel puțin în cazul sunetelor orale.	– exerciții de articulare a sunetelor nazale din limba română; – exerciții de articulare a sunetelor orale din limba română; Metodele utilizate: metoda emiterii spontane, metoda emiterii prin derivare, metoda emiterii prin demonstrație, metode ortofonice.	– proteze de palat (acolo unde este cazul); – profiluri articulatorii; – reportofon, cameră video; – înregistrări audio; – softuri de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii (Praat, Cool Edit Pro, Bodea Hațegan, 2013); – oglinda logopedică.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
3. Etapa diferențierii sunetelor izolate.	– diferențierea sunetelor orale de cele nazale; – diferențierea sunetelor cu loc de articulare comun; – diferențierea sunetelor sonore de cele surde;	După constituirea bazei articulatorii corecte și emiterea sunetelor deficitare se urmărește diferențierea sunetelor izolate pe următoarele criterii: orale vs. nazale; surde vs. sonore; sunete cu loc de articulare comun vs. sunete cu loc de articulare diferit. În cazul copiilor mai mari (ajunși în stadiul operațiilor formale) și al adulților pot fi utilizate programe computerizate de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii. Chiar dacă abilitățile articulatorii nu se pot structura în această etapă preoperatorie, pot fi dezvoltate abilități fonologice de tip metacognitiv, ceea ce facilitează demersul de intervenție logopedică din etapa postoperatorie.	– exerciții de diferențiere auditivă a sunetelor orale de cele nazale, a sunetelor surde de cele sonore, a sunetelor cu loc de articulare comun de cele cu loc de articulare diferit, pe baza înregistrărilor audio; – copilul rinolalic este înregistrat articulând sunete orale și nazale, sonore, surde, cu narinele apăsate și cu ele libere, în vederea realizării comparațiilor; În desfășurarea acestor exerciții se utilizează metode ortofonice, demonstrația și problematizarea impactului pe care îl are direcția de scurgere a aerului (orală sau nazală), vibrarea corzilor vocale, poziționarea organelor fonoarticulatorii.	– oglinda logopedică; – liste cu sunete orale și nazale; – liste cu sunete surde și sonore; – liste cu sunete cu loc de articulare comun și loc de articulare diferit; – proteze de palat (dacă este cazul); – softuri de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii (Praat, Cool Edit Pro, Bodea Hațegan, 2013).
	– formarea abilităților coarticulatorii;	În această etapă se urmărește consolidarea sunetelor emise și dezvoltarea abilităților coarticulatorii. Se încearcă diversificarea contextelor coarticulatorii, prin aplicarea criteriului fonematic, în selecția materialului lingvistic propus spre antrenare.	– exerciții de consolidare a sunetelor emise în silabe (se lucrează mai întâi silabele închise — de exemplu, „us", „em", „at", apoi silabele deschise — de exemplu „te", „mi", „na", silabele alcătuite din trei membri — de exemplu „ete", „ine", „ume");	– oglinda logopedică; – softuri educaționale; – liste cu silabe, cuvinte, logatomi selectați în baza criteriului fonematic; – album logopedic; – profiluri articulatorii; – discul logopedic.

Etape tera- Obiective Conținuturi

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
4. Etapa consolidării sunetelor.			– exerciții de consolidare a sunetelor în cuvinte; imediat ce se coarticulează corect o anumită structură silabică aceasta va fi poziționată apoi într-un cuvânt și antrenată; – exerciții de consolidare a sunetelor la nivelul logatomilor (prin eliminarea semnificației se permite focalizarea asupra abilităților fonoarticulatorii).	
5. Etapa diferențierii sunetelor în silabe și cuvinte.	– diferențierea silabelor și cuvintelor structurate pe baza principiului perechilor minimale;	Perechile minimale reprezintă acele două structuri lingvistice care se deosebesc ca trăsătură sonoră datorită unui singur sunet, sunet pe care îl numim fonem (Anca, Hațegan, 2008). În planul semnificației, cele două cuvinte au sensuri total diferite. Această tehnică se utilizează în vederea identificării fonemelor dintr-o limbă. În terapia logopedică, tehnica se utilizează în vederea dezvoltării abilităților de procesare fonologică, cu impact direct asupra structurării abilităților lingvistice orale și a scris-cititului.	– exerciții de diferențiere a sunetelor orale de cele nazale, a sunetelor sonore de cele surde, a sunetelor cu loc de articulare comun de cele cu loc de articulare diferit, la nivelul silabelor, cuvintelor și logatomilor; – jocul „Deschide urechea bine!"; – exerciții de analiză și sinteză fonematică; – jocul „Telefonul fără fir"; – exerciții de identificare și asociere a cuvântului rostit cu imaginea corespunzătoare; – exerciții cu paronime; – exerciții cu omografe (se face diferențiere accentuat-neaccentuat, focalizând asupra valorii fonologice a accentului, dar și asupra celei morfologice) — Săteanu, 1978.	– jocuri; – softuri educaționale; – oglinda logopedică; – discul logopedic; – albumul logopedic; – liste cu material lingvistic.

Scanned with OKEN Scanner

Etape terapeutice	Obiective	Conținuturi	Resurse procedurale	Resurse materiale
6. Etapa automatizării sunetelor.	– dezvoltarea abilităților de comunicare.	În această etapă se dezvoltă latura pragmatică a limbajului. Se insistă, în contextul rinolaliei deschise, asupra dezvoltării competenței de comunicare în vederea adecvării discursului în funcție de parametrii: timp, loc, persoană (interlocutor), și mai puțin asupra corectitudinii procesului articulator și coarticulator. Se urmărește creșterea nivelului inteligibilității vorbirii, dezvoltarea abilităților sociale și dezvoltarea tuturor celor patru subcomponente ale competenței comunicaționale: componenta de ascultător, componenta de vorbitor, componenta de scriptor și componenta de cititor (pe cele două axe combinate: producerea și receptarea mesajelor orale și scrise; Pamfil, 2003; Hațegan, 2009). Pentru persoana care prezintă rinolalie, în această etapă se insistă și asupra dezvoltării abilităților de autocontrol prin utilizarea tehnicilor de biofeedback.	– exerciții de antrenare a sunetelor emise în propoziții și texte (discurs); – jocuri de rol, în vederea dezvoltării abilităților conversaționale și sociale; – jocuri cu frământări de limbă; – recitare și reproducere după model a unor poezii, cântecele; – repovestirea unor întâmplări, a unui film, a unei povești citite; – continuarea unei povești prin găsirea celui mai potrivit final; – exerciții de antrenare a abilităților verbale prin citirea și găsirea soluției ghicitorilor; – exerciții de construire de propoziții și texte, pe baza unor indicații; – povestirea după imagini; – compuneri libere (orale sau/și scrise); – exerciții de autocorectare a erorilor înregistrate; – exerciții de citire a unor cuvinte, propoziții, texte.	– albumul logopedic; – fișe de lucru; – liste cu material lingvistic; – probe de evaluare a abilităților comunicaționale orale și scrise; – cărți de povești; – jocuri; – povești în imagini; – reportofon sau alte mijloace de înregistrare audio și video; – cărți cu poezii și cântecele.

Scanned with OKEN Scanner

Nazalizarea se constituie într-o tulburare de voce cu consecințe importante în planul inteligibilității vorbirii, dar şi cu consecințe în planul articulator. Astfel, în etapa preoperatorie sunt prezente o serie de sunete subglotice şi grimase faciale cu care se confruntă terapeutul limbajului. De aceea, antrenarea motorie şi exercițiile de respirație trebuie exersate intens şi în această perioadă, chiar dacă multe dintre tulburări nu pot fi corectate, modelate, decât în următoarea etapă, anume etapa postoperatorie.

8.1.3. Etapa postoperatorie

În partea postoperatorie a demersului terapeutic sunt reluate toate etapele terapiei logopedice, etape menționate şi detaliate în tabelul 13. În funcție de particularitățile diagnostice, de reuşita intervenției chirurgicale, de vârsta pacientului, de nivelul structurării limbajului, activitățile de recuperare din etapa postoperatorie sunt organizate particular.

Dacă în etapa preoperatorie s-a insistat preponderent asupra pregătirii copilului/pacientului, asupra formării bazei articulatorii şi mai puțin asupra componentei fonoarticulatorii, în această etapă se insistă asupra lor. Este evident faptul că sunt necesare o serie de preachiziții, pe care în context preoperator pacientul nu le deținea sau erau parțial disponibile, ceea ce face imposibilă finalizarea intervenției logopedice doar în etapa preoperatorie. Dintre acestea menționăm preachizițiile care privesc procesul respirator; dirijarea undei de aer expirator; antrenarea musculaturii fine a aparatului fonoarticulator (musculatura feței, musculatura buzelor, musculatura limbii, musculatura vălului palatin).

Asupra componentei motorii fine trebuie insistat, mai ales în condițiile despicăturilor sau deficitelor de la nivelul vălului palatin. În aceste situații, postoperator, apare frecvent insuficiența funcției velofaringiene. În alți termeni, intervenția chirurgicală poate fi reuşită, strict fiziologic vorbind, sfincterul buconazal este corect închis de vălul palatin potrivit reconstruit, în schimb tulburarea de voce

Scanned with OKEN Scanner

de tip nazalizare este în continuare prezentă din cauza faptului că musculatura velară nu poate face față presiunii aerului care se tasează în cavitatea bucală în timpul ținutei articulatorii (Sharp, 2000). Astfel, antrenarea preachizițiilor care privesc componenta motorie generală şi fină este absolut necesară şi în această etapă postoperatorie.

Guțu (1974) propune următoarele direcții terapeutice în contextul rinolaliei deschise în etapa postoperatorie:

- redirijarea undei de aer expirator;
- eliminarea exploziei glotice;
- eliminarea grimaselor faciale;
- formarea deprinderilor articulatorii corecte;
- dezvoltarea abilităților de comunicare;
- creşterea inteligibilității vorbirii prin reducerea tulburărilor de voce.

Intervenția logopedică se inițiază la foarte scurt timp după ce a avut loc intervenția chirurgicală, aproximativ la o lună după intervenția chirurgicală, dar nu fără avizul medical de specialitate. Sunt cazuri în care datorită extinderii perioadei de recuperare postoperatorie, din cauza complicațiilor din timpul intervenției chirurgicale, nu se poate interveni logopedic decât mult mai târziu de cele patru-cinci săptămâni. De asemenea, trebuie menționate şi situațiile în care sunt necesare mai multe intervenții chirurgicale, toate acestea extinzându-se într-un interval de câteva luni (Peterson–Falzone, Trost–Cardamone, Karnell, Hardin–Jones, 2006). Oricum, în perioada de convalescență exercițiile logopedice se realizează cu precauție, ele sunt menite să antreneze grupele musculare pentru a evita suferința musculară postoperatorie.

Dintre exercițiile care pot fi utilizate în etapa postoperatorie, exerciții pe care le subsumăm etapei pregătitoare din punct de vedere logopedic clasic, cel mai frecvent utilizate sunt:

- exercițiile pentru creşterea volumului respirator (prin instrumente muzicale de suflat (fluier, muzicuță etc.);

Scanned with OKEN Scanner

- exercițiile pentru dezvoltarea respirației costoabdominale;
- exercițiile pentru diferențierea respirației orale de cea nazală, prin corecta dirijare a undei de aer expirator, prin cele două cavități ale aparatului fonoarticulator;
- exercițiile pentru antrenarea musculaturii fine a aparatului fonoarticulator (musculatura feței, buze, limbă, mandibulă, văl palatin). În situația unei despicături anterioare se antrenează musculatura vârfului limbii, a buzelor, în timp ce în situația unei despicături posterioare se antrenează preponderent musculatura velară. Pentru dezvoltarea musculaturii fine a aparatului fonoarticulator se recomandă și masajul, în special pentru vălul palatin, dar și pentru celelalte componente ale tractului vocal dacă este necesar. Guțu (1974) propune clătirea zilnică a gurii, cu capul lăsat pe spate în așa fel încât apa să nu se scurgă pe nas;
- exercițiile de diferențiere a respirației nonverbale de cea verbală. Antrenarea vocalelor (vocalizele) duce la activarea vălului palatin. Mișcările de ridicare și coborâre a vălului palatin sunt implicit angrenate prin pronunțarea alternativă a vocalei „a" și consoanei „m";
- exercițiile de diferențiere auditiv-verbală, dezvoltarea auzului fonematic, antrenarea altor componente ale procesării fonologice (rime, conștiința silabei, a cuvântului).

După exercițiile din etapa pregătitoare debutează exercițiile de emitere și articulare a sunetelor. Acestea încep numai după ce s-au obținut mobilitatea și coordonarea necesare organelor fonoarticulatorii, ele vizând în special palatul operat. Se acordă atenție aperturii pentru vocale, apertura fiind în mod obișnuit mai mică în cazul persoanelor rinolalice. Se începe cu sunetele care solicită o mai mică ridicare a vălului palatin, vocalele (a, ă, e, o, u, î, i), apoi consoanele (p, t, l, b, c, d, g), iar la urmă siflantele (f, v, s, j, ș, ț, z, č, ğ). O atenție deosebită se acordă coarticulării consoanelor nazale (m, n) din cauza contaminării nazale pe care acestea o pot accentua.

Scanned with OKEN Scanner

Desigur că sunt urmați toți pașii terapiei logopedice, pași delimitați în tabelul 13 (emiterea sunetelor, diferențierea sunetelor izolate, consolidarea sunetelor, diferențierea sunetelor în silabe și cuvinte și automatizarea sunetelor în vorbirea fluentă). Pentru reducerea grimaselor se antrenează abilitățile articulatorii în șoaptă. Această regulă este important de urmat și în vederea stabilizării funcției fonatorii (Guțu, 1974; Moldovan, 2006; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006).

8.2. Rinolalie închisă — forme și intervenție (etapa preoperatorie și postoperatorie)

8.2.1. Aspecte generale

Rinolalia închisă se caracterizează prin afectarea pronunției consoanelor nazale „m" și „n", din cauza lipsei rezonanței nazale, aerul expirator nestrăbătând cavitatea nazală. Aceeași caracteristică a vocii și vorbirii este specifică persoanelor care prezintă diferite forme de viroze. Spre deosebire de tulburarea rinolalică propriu-zisă, tulburarea de vorbire și fonație din tabloul virozelor este determinată temporal.

Rinolalia închisă poate fi:

- funcțională (este cauzată de disfuncții de la nivelul vălului palatin, acesta rămânând în poziție ridicată fie din cauza modelelor articulatorii defectuoase din mediu, fie din cauza hipoacuziei și a lipsei controlului auditiv, fie din cauza neantrenării în contextul realizării unei intervenții chirurgicale de extirpare a polipilor sau vegetațiilor adenoide) — Moldovan, 2006.
- organică (este cauzată de blocarea funcționării vălului palatin prin proliferarea țesutului adenoid și a polipilor; poate fi cauzată și de deviații de sept sau de obturarea narinelor prin tumori anterioare ale traseului nazal) — Moldovan, 2006.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, pot fi delimitate alte două forme ale tulburării rinolalice:
- rinolalia anterioară — când traseul nazal este blocat în porțiunea anterioară, această blocare conducând la afectarea sunetelor nazale, dar şi a sunetelor vocalice prin identificarea aşa-numitei caracteristici de „cul-de- sac" (West, 1947 apud Guțu, 1974);
- rinolalia posterioară este cauzată de blocarea orificiului buco-nazal, ceea ce conduce la afectarea consoanelor nazale, dar şi a celorlalte sunete, care primesc o rezonanță mai gravă.

În rinolalia închisă se intervine în cele două etape menționate la fel ca în cazul rinolaliei deschise, etapa preoperatorie şi etapa postoperatorie. Este evident că cele două etape sunt parcurse doar în cazurile în care este necesar, existând şi cazuri de rinolalie închisă în care nu se justifică sau nu este necesară parcurgerea ambelor etape, deoarece nu are loc intervenția chirurgicală.

În cele ce urmează propunem un plan generic de intervenție în contextul rinolaliei închise, marcând aspecte comune şi diferențiatoare cu cele din intervenția logopedică din cadrul rinolaliei deschise.

8.2.2. Etapa preoperatorie

În etapa preoperatorie se urmăreşte evaluarea şi antrenarea preachizițiilor absolut necesare în vederea structurării abilităților lingvistice orale şi scrise:
- motricitatea generală;
- motricitatea fină;
- ritmul;
- respirația;
- atenția auditivă;
- memoria verbală;
- procesările fonologice (auz fonematic, conştiință fonologică, conştiință fonematică);
- structuri senzorioperceptive;
- orientarea spațiotemporală;

Scanned with OKEN Scanner

– schema corporală;
– lateralitatea.

De asemenea, în această etapă se urmăreşte formarea unei baze articulatorii în vederea emiterii sunetelor deficitare. În cazul tabloului rinolalic închis sunetele deficitar articulate sunt „m" şi „n", ceea ce înseamnă că activitatea terapeutică este mai puțin laborioasă decât în cazul rinolaliei deschise. Aceste sunete sunt omise mai ales în coarticularea cu „p", „b", respectiv „t", „d" (Moldovan, 2006, p. 99).

Se urmăreşte şi dezvoltarea abilităților de diferențiere a vocii nazale de cea hiponazală şi de cea corectă, prin intermediul înregistrărilor audio şi al analizei mostrelor de limbaj. Această etapă de consiliere şi informare este absolut necesară pentru pregătirea atât a copilului în cauză, cât şi a aparținătorilor pentru etapa terapeutică următoare.

Deşi specialiştii susțin nevoia intervenției chirurgicale cât mai de timpuriu, atât în cazul tulburării rinolalice deschise, cât şi în cazul tulburării rinolalice închise, pentru ca dezvoltarea postoperatorie să urmeze cursul firesc, în realitate intervenția chirurgicală este mult amânată. Dacă media vârstei la care se realizează intervenția chirurgicală pentru tablourile de rinolalie deschisă este 1,8 ani, în cazul rinolaliei închise media este în jur de 4 ani, ceea ce înseamnă că etapa preoperatorie este deosebit de importantă, la fel ca etapa postoperatorie, dezvoltarea deprinderilor fonoarticulatorii corecte nefiind posibilă fără intervenție logopedică (Guțu, 1974; Moldovan, 2006).

În etapa preoperatorie se insistă, şi în cazul rinolaliei închise, asupra dezvoltării deprinderilor de interacțiune socială, aspect extrem de necesar în contracararea efectelor negative ale tulburării de limbaj asupra structurării personalității.

8.2.3. Etapa postoperatorie

După intervenția chirurgicală, rinolalia închisă se transformă în rinolalie deschisă, astfel că întregul demers de intervenție este asemănător celui descris mai sus.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectivele programului de intervenție sunt:
- diferențierea respirației orale de cea nazală;
- dezvoltarea atenției auditive și a autocontrolului;
- dezvoltarea mobilității vălului palatin;
- dezvoltarea abilităților de diferențiere auditiv-verbală;
- emiterea, diferențierea, consolidarea și automatizarea sunetelor „m" și „n" în vorbirea fluentă;
- coordonarea mișcărilor fonoarticulatorii în pronunția cursivă, fluentă.

Dezvoltarea abilităților respiratorii și diferențierea respirației orale de cea nazală se realizează prin utilizarea unor mijloace auxiliare; odată cu dezvoltarea atenției auditive și a controlului auditiv, precum și a abilităților de diferențiere auditiv-verbală, acestea se vor elimina. Aceste mijloace auxiliare sunt: oglinda care se poziționează sub nas și care prin aburire oferă indicații despre participarea cavității nazale în emiterea sunetelor; palparea obrazului în momentul articulării sunetului „m" pentru a resimți tensiunea specifică; plasarea dosului palmei sub narine sau în dreptul cavității bucale, pentru a simți eliminarea jetului de aer respirator, utilizarea instrumentelor de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii.

Spre deosebire de tulburarea rinolalică deschisă, în cazul tulburării rinolalice închise trebuie să emitem, să diferențiem, să consolidăm și să automatizăm doar sunetele „m" și „n". Demersul de intervenție este cel logopedic clasic (a se vedea tabelul 13).

8.3. Rinolalia mixtă — demers de intervenție

Rinolalia mixtă presupune combinarea caracteristicilor celor două tipuri de tulburări rinolalice mai sus prezentate, rinolalia deschisă și rinolalia închisă. Rezultatele procesului de evaluare și diagnosticare ne indică dacă manifestarea mixtă este preponderent deschisă sau închisă. Astfel, se structurează un demers de intervenție combinat, începând cu aspectul deficitar cel mai pregnant.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă tulburarea mixtă este preponderent deschisă, se insistă asupra diferențierii respirației orale de cea nazală, asupra antrenării vălului palatin în vederea realizării mişcărilor de închidere şi deschidere ale orificiului buconazal; se asigură baza articulatorie pentru emiterea, diferențierea, consolidarea şi automatizarea sunetelor; se urmăreşte emiterea explozivelor care lipsesc; eliminarea sunetelor glotice; eliminarea grimaselor faciale şi dezvoltarea abilităților comunicaționale.

În condițiile în care tulburarea prezintă preponderent manifestări din zona rinolaliei închise se țintește asupra articulării sunetelor nazale, asupra diferențierii respirației nazale de cea orală, asupra dezvoltării controlului auditiv şi a abilităților de diferențiere auditiv-verbală şi asupra fluidizării abilităților comunicaționale.

Analizând direcțiile terapeutice enumerate mai sus, se poate concluziona faptul că sunt o serie de puncte-cheie convergente, care trebuie tratate cu maximă seriozitate şi care asigură reuşita intervenției în contextul rinolaliei, indiferent de forma acesteia:

- dezvoltarea preachizițiilor;
- dezvoltarea abilităților respiratorii;
- dezvoltarea abilităților de diferențiere auditiv-verbală;
- dezvoltarea abilităților motorii generale şi fine.

9. Instrumentar utilizat în evaluare şi intervenția în tulburările rinolalice

S-a demonstrat faptul că în majoritatea cazurilor de rinolalie şi dizartrie se îmbunătățesc abilitățile articulatorii atunci când pacienților li se oferă şansa biofeedbackului (Netsell, Daniel, 1979 apud Sharp, 2000). Biofeedbackul permite realizarea de comparații în timp real, ceea ce oferă şansa autocontrolului şi autocorectării persoanei cu tulburări de limbaj. Cea mai simplă şi rudimentară formă de biofeedback o reprezintă utilizarea oglinzii

Scanned with OKEN Scanner

logopedice. Desigur că literatura de specialitate inventariază o serie de instrumente care permit materializarea conceptului propus de tehnica biofeedbackului, instrumente utilizate întrucât oferă date obiective.

9.1. Instrumente care oferă informații acustice și aerodinamice despre modificările de la nivelul tractului vocal

9.1.1. Instrumentarul aerodinamic

Aerodinamica este o ramură a mecanicii care se ocupă de mişcarea aerului şi a altor gaze, precum şi de efectul acestei mişcări asupra corpurilor (Flexner, 1987 apud Sharp, 2000). Metodele aerodinamice de evaluare a limbajului pot oferi informații despre întregul traseu fonoarticulator, întrucât unda de aer îl străbate în întregime (Sharp, 2000; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006).

9.1.1.1. Masca Rothenburg

Aceasta măsoară scurgerea aerului atât prin cavitatea bucală, cât şi prin cea nazală în timpul vorbirii, ceea ce oferă o imagine acurată asupra funcției velofaringiene (Sharp, 2000).

9.1.1.2. NORS și SNORS

NORS şi succesorul acestuia SNORS măsoară funcția velofaringiană prin utilizarea unei măşti de oxigen care are un efect minim asupra calității producțiilor lingvistice. Spre deosebire de NORS, SNORS este mult mai rapid, ceea ce asigură oferirea de informații mult mai acurate şi în timp real despre funcția velofaringiană.

Universitatea Kent din Marea Britanie este cea care produce acest instrument cu costuri reduse, acesta fiind considerat un instrument care răspunde nevoilor de evaluare multifactorială a limbajului şi vorbirii (Sharp, 2000).

Scanned with OKEN Scanner

9.1.1.3. SNORS — The Super Nasal Oral Ratiometry System

SNORS permite evaluarea scurgerii de aer atât prin cavitatea nazală, cât şi prin cavitatea bucală, ceea ce asigură oferirea de informaţii potrivite despre mişcările vălului palatin şi despre efortul respirator din timpul vorbirii. Senzorii care oferă informaţii despre unda de aer sunt reuniţi la nivelul unei măşti faciale, cu două compartimente, care se poziţionează pe nas şi gură. Sunetele orale şi cele nazale sunt înregistrate cu ajutorul microfoanelor de la nivelul măştii. Semnalele receptate de microfoane se transmit unui computer sub formă de unde, ceea ce asigură oferirea de informaţii despre intensitatea vorbirii relaţionată cu unitatea timp. Semnalele de la unda de aer sunt redate mai jos de semnalele legate de intensitate. Evaluarea gradului de închidere al orificiului buconazal, evaluarea funcţiei velofaringiene, se realizează independent de intensitatea sunetului prin calcularea emisiei nazale aerodinamice (Sharp, 2000).

$$\text{Emisia nazală aerodinamică} = \frac{\text{Emisia nazală}}{\text{Emisia nazală} + \text{Emisia orală}} \times 100$$

Se marchează diferenţa dintre emisia nazală aerodinamică şi emisia nazală acustică, reprezentând procentajul întregii cantităţi de energie acustică care are caracter nazal.

Utilizarea lui SNORS implică un test standard iniţial care conţine 10 cuvinte care apar spontan pe monitor. Ele au fost selectate prin materializarea criteriului fonematic în aşa fel încât să asigure ridicarea completă a vălului palatin. Fiecare cuvânt conţine fie sunete oclusive ce necesită închiderea velofaringiană, fie o combinaţie de consoane orale şi nazale. Prin combinarea la nivelul unei structuri lingvistice a sunetelor orale şi nazale se evaluează funcţionalitatea mult mai fină a vălului palatin (Main, Kelly, Manley, 1999).

Lista propusă poate fi adaptată nevoilor particulare ale cazului evaluat. În cazul limbii române propunem următoarea listă de cuvinte care pot fi utilizate în vederea evaluării funcţionalităţii velare.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 14. Liste de cuvinte adaptate pentru SNORS.

Monosilabice	Bisilabice	Trisilabice	Plurisilabice
pat	bară	dicție	buburuză
sac	tata	papagal	paralelipiped
coș	cale	cireașă	calorifer
dar	dulap	gabarit	direcție
rac	gară	toboșar	televizor
ban	cană	antenă	tutungerie
mie	mama	pansament	mistificat
mac	mână	bomboane	înghețată
pun	bunic	înghite	mitralieră
tun	pungă	narcisă	diminutiv

Pentru utilizarea listelor de material verbal ca indicator al funcționalității velofaringiene sau al direcției de scurgere a aerului în momentul expirator, sugerăm elaborarea unor liste de cuvinte cu material verbal care conține doar sunete orale şi a unor liste cu material verbal care conține şi sunete nazale. Dacă în cazul listelor cu material verbal construit din sunete orale apare deperdiția nazală, înseamnă că diagnosticul spre care ne îndreptăm este cel de rinolalie deschisă. Dacă în cazul listelor cu material verbal care conțin sunetele nazale nu poate fi distins caracterul nazal al sunetelor, diagnosticul spre care ne îndreptăm este cel de rinolalie închisă. Dacă în mod alternativ apare atât hipernazalizarea, cât şi hiponazalizarea structurilor verbale din cele două seturi de liste cu material verbal, diagnosticul cel mai acurat este cel de rinolalie mixtă.

Utilizarea listelor cu material verbal poate fi considerată atât o tehnică obiectivă de măsurare a severității tulburării rinolalice (vezi asocierea acestor liste cu sistemul SNORS), dar şi o modalitate subiectivă, mai ales în condițiile în care selectarea materialului verbal cuprins în aceste liste nu se realizează în mod standardizat.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 15. Exemplu de listă cu material verbal ce poate fi utilizat în diagnosticul diferențial al rinolaliei.

Sunetul țintă	Silabe	Cuvinte	Propoziții
		Sunete explozive	
P	pa, pe, pi, po, pu, pă, pâ, ap, ep, ip, op, up, ăp, îp, epe, ipa, opu, ăpă, ipe, pip, pep, pap	para, pasă, picior, pahar, pulover, periculos, putere, parcare, apucă, prag, elicopter, iepure, pix, pedichiură, palid	Puloverul este pătat cu suc de portocale proaspăt pregătit. Perele par coapte. Iepurele pitic stă pitit sub pat. Pe plic este pus paharul cu picățele purpurii.
B	ba, be, bi, bo, bu, bă, bâ, ab, eb, ib, ob, ub, ăb, îb, ebe, iba, obu, ubu, bub, bab, bib, bob, ebo, ibe, băb	bol, bacalaureat, braț, arbitru, busuioc, birou, belșug, bogăție, biserică, botez, batic, buburuză, butoi, bal, birjar, biseptol, bir	Brațul buldoexcavatorului brăzdează bolovani. Botezul băiatului a fost sărbătorit cu bucurie și belșug. Buburuza stă pe buturugă. Băiatul arbitrului este bătut cu brutalitate.
C	ca, co, cu, că, ac, ec, ic, oc, uc, ăc, îc, eca, ica, ocu, ucu	curte, colac, carte, cadou, curios, culoare, covrig, colț, acvariu, cuvios, cub	Curtea casei este colțul de culoare. Colega caută cartea de bucate cu acribie. Casa coechipierei este cubică.
T	ta, at, ut, it, te, ti, tu, utu, ota, ata, ete, iti, tă, tâ, ăt, ite, tit, tet, tot, tut, ute, uti, oto, itu, tăt	tata, tablou, tare, turtit, tricou, atrăgător, tractor, trudește, poartă, ateriza, tartă, tirbușon, tufiș	Tată, uite tabloul tău! Tricoul tău este tare atrăgător! Tractorul lui Tudor este la poartă. Elicopterul va ateriza tot aici! Tatuajul de pe pieptul tău captează atenția privitorilor.

Scanned with OKEN Scanner

Sunetul țintă	Silabe	Cuvinte	Propoziții
		Sunete fricative	
F	fa, fe, fi, uf, ef, if, fo, fu, ufu, efi, ofa, fâ, fă, afe, fef, faf, fuf, fof, făf, afe	fata, face, fasole, fuge, farfurie, afară, aflux, factură, fir, filosof, fus, afacere, eficace, fără, fiindcă	Fata face fasole frecată. Feciorul are o afacere profitabilă. Filosofia este o fațetă a fiecărei epoci. Farfuria a fost făcută praf.
S	sa, se, si, so, su, să, sâ, as, es, is, us, os, us, ese, use, ose, ise, ăse, îs, îsu, isa, eso, ăs	sare, sirop, sită, soare, sac, supă, aspru, astupa, ustură, usturoi, isteț, oase, sfrijit, suplu, siluetă, sirop, delicios, sacru	Soarele strălucește sus pe cer. Supa are gust datorită busuiocului. Sorin sare ca ars de supărare. Salariul lunar asigură subzistența. Suplețea se asigură cu sacrificiu. Siropul este delicios.
		Sunete nazale	
M	ma, me, mi, mo, mu, mă, mî, em, im, om, um, ăm, îm, umu, ime, oma, umă, emi	mama, masa, mirat, miracol, muscă, mic, strămutare, material, misterios, mitralieră, miros, mizerabil, ambarcațiune, mac	Mama mea este cea mai ambițioasă femeie din lume. Miracolul maternității mă determină să meditez mai amănunțit la această clipă. Marea are mirosul primăverii.
N	na, ne, ni, no, nu, nă, nâ, an, en, in, un, on, uno, une, ine, anu, ani, ano,ună, non, năn	nana, rana, pana, cana, sana, vana, cununa, bunic, bancă, pantof, strănepot, strănut, transpirat, tren	Trenul a ajuns până la destinație fiindcă nepotul nostru este un inginer bun. Nică pune cana lângă bancă. Cununa din nuvelă ne angrenează în nostalgice aventuri.

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Ca să putem utiliza listele de material verbal în realizarea diagnosticului diferențial între formele de tulburări rinolalice trebuie să utilizăm secvențial, complementar listele cu material verbal ce conține consoane orale și listele cu material verbal ce conține consoane nazale. Prezența nazalizării în contextul articulării sunetelor nazale se asociază cu rinolalia deschisă, în timp ce lipsa nazalizării listelor care conțin sunetele orale se asociază cu rinolalia închisă. Rinolalia mixtă presupune atât prezența nazalizării sunetelor orale, cât și absența nazalizării sunetelor nazale.

9.1.2. Măsurătorile acustice

Energia acustică poate fi măsurată cu ajutorul nasometrului şi rezonometrului. Vorbirea nu e dependentă doar de mărimea deschiderii velofaringiene, ci şi de cantitatea de aer expulzată pe nas. Măsurătorile expirului oferă informații nu doar despre unda de aer expulzată pe nas sau prin cavitatea bucală, ci şi despre mişcările şi sincronizările care au loc la nivelul întregului tract vocal. În aceste condiții sunt sisteme care nu permit înregistrarea tuturor mişcărilor fine şi rapide ale vălului palatin. Apoi este menționată problema prin care, chiar dacă înregistrăm energia acustică, aceasta nu poate oferi informații foarte acurate dacă închiderea velofaringiană este sau nu completă, întrucât cantitatea de aer expulzată pe nas este influențată şi de intensitatea sunetului emis (Main, Kelly, Manley, 1999; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006).

9.2. Instrumente care permit vizualizarea mecanismului velofaringian

9.2.1. Electrolaringografia

Asigură posibilitatea monitorizării, măsurării şi afişării aspectelor cu privire la activitatea laringiană, atât în condițiile funcționării valide, cât şi în condițiile tulburărilor de limbaj şi comunicare

Scanned with OKEN Scanner

(Alberton, Fourciu, 1997 apud Sharp, 2000). Aceasta este o tehnică de monitorizare a activității corzilor vocale prin trecerea unui curent electric de intensitate scăzută prin doi electrozi plasați la nivelul gâtului şi măsurarea impedanței electrice. Faber (1957 apud Sharp, 2000) a introdus pentru prima dată termenul de impedanță electrică descriind glotograful.

Procedura electrolaringografică este regăsibilă la nivelul mai multor sisteme (aerofonoscopul DR, electroglotograful portabil, laringograful). Dintre aceste sisteme, laringograful este cel mai frecvent utilizat, pe scară largă, în întreaga lume. Acesta poate oferi informații cantitative şi calitative despre funcționarea corzilor vocale, constituind baza intervenției logopedice de tip interactiv.

9.2.2. Videoendoscopia nazală

Această procedură permite vizualizarea structurilor din mecanismul velofaringian, în timpul vorbirii, prin utilizarea unui endoscop care se introduce prin fosele nazale. În acest fel se poate identifica insuficiența velofaringiană (IVF). Din păcate, această tehnică reclamă o specializare în acest domeniu şi asigură doar o vizualizare limitată a sfincterului buconazal, este o tehnică incomodă, puțin tolerată de pacienți, costisitoare, invazivă şi ajută doar la diagnosticare (Main, Kelly, Manley, 1999; Moldovan, 2006).

9.2.3. Videofluoroscopia

Videofluoroscopia este o procedură care oferă o perspectivă printr-o secțiune transversală a zonei velofaringiene. Această tehnică foloseşte radiații ionizante, măsoară densitatea medie a țesutului expus, fiind o procedură mai puțin incomodă, uşor tolerabilă de pacienți şi care oferă informații mult mai acurate în vederea diagnosticării (Main, Kelly, Manley, 1999; Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006; Moldovan, 2006).

Scanned with OKEN Scanner

Grilele de evaluare şi monitorizare materializează aceeaşi tehnică a biofeedbackului, însă datele pe care le oferă sunt subiective, mai puțin de încredere. Totuşi acestea pot fi foarte utile şi pot oferi informații cantitative, dar şi calitative care să ghideze proiectarea întregului demers de intervenție.

O astfel de grilă este cea elaborată de Sweeney (2000 apud Sweeney and Sell 2008), grila fiind intitulată *Temple Street Scale of Nasality and Nasal Airflow Errors*. Această grilă presupune evaluarea modului în care se autopercepe nazalizarea, concentrându-se asupra hipernazalizării, hiponazalizării, caracteristicilor nazale ale diferitelor foneme din limbă, ratei emisiei nazale, funcției velofaringiane, dar propunând şi un sumar al tuturor acestor caracteristici, sumar care permite abordarea globală a inteligibilității vorbirii, în contextul în care este prezentă şi o tulburare rinolalică (în sarcini de numărat de la 1 la 20, în sarcini de vorbire spontană etc.).

Hipernazalizarea se cuantifică scalar, de la 0 la 5. Astfel:

- 0 corespunde situației în care nu apare nazalizarea;
- 1 corespunde situației în care prezența nazalizării este foarte uşoară, aproape nesesizabilă, pentru că nu influențează semnificativ inteligibilitatea vorbirii;
- 2 corespunde unei afectări uşoare/moderate, aceasta însemnând că nazalizarea este evidentă la nivelul anumitor sunete, fără să le distorsioneze; este prezentă în special la nivelul sunetelor înalte;
- 3 corespunde unei afectări moderate, ceea ce înseamnă că nazalizarea este prezentă la nivelul tuturor vocalelor;
- 4 corespunde unei afectări moderate/severe, ceea ce înseamnă că nazalizarea afectează atât vocalele, cât şi unele consoane;
- 5 corespunde unei afectări severe, ceea ce înseamnă că nazalizarea afectează semnificativ toate sunetele limbii, reducând drastic nivelul inteligibilității vorbirii.

Scanned with OKEN Scanner

Hiponazalizarea este cuantificată tot scalar, de la 0 la 3. Astfel:
- 0 corespunde situației în care hiponazalizarea este absentă;
- 1 corespunde situației unei uşoare hiponazalizări, evidentă, dar acceptabilă;
- 2 corespunde situației unei moderate hiponazalizări care afectează în special inteligibilitatea vocalelor;
- 3 corespunde unei hiponazalizări severe care presupune nenazalizarea consoanelor nazale.

Această grilă a fost utilizată în studiul condus de Sweeney, Sell (2008), studiu prin care s-a evidențiat faptul că există o corelație între datele obținute prin aplicarea grilei de autoevaluare a nazalizării şi datele obiective obținute în urma aplicării unor probe care țintesc asupra nazalizării. Astfel, datele obținute indică validitatea utilizării unei astfel de probe, în demersul de evaluare, în contextul patologic al rinolaliei.

O altă grilă pe care o putem utiliza este una care organizează demersul de evaluare a structurării componentelor aparatului fonoarticulator (Peterson–Falzone, Trost–Cardamone, Karnell, Hardin–Jones, 2006). Astfel, în tabelul 16 se ilustrează modul în care se realizează investigarea componentelor anatomice implicate în actul fonoarticulator, relevante pentru tablourile rinolalice.

Grila din tabelul 16 asigură o analiză structurală şi funcțională a aparatului fonoarticulator, care mai apoi poate fi certificată prin investigații medicale detaliate.

În demersul de evaluare a tablourilor rinolalice poate fi utilizată şi o scală propriu-zisă pentru evaluarea inteligibilității vorbirii. Un exemplu de astfel de scală poate fi *Speech Intelligibility Rating Scale-SIR* (Bakhshaee, Ghasemi, Shakeri, Razmara Tayarani, Tale 2007; Bodea Hațegan, 2014), o scală construită pentru evaluarea nivelului inteligibilității persoanelor cu dizabilități auditive utilizatoare ale unui implant cohlear, dar care poate fi utilizată, cu adaptările necesare, şi în contextul tulburării rinolalice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 16. Grilă de evaluare a componentelor aparatului fonoarticulator

Componentele anatomice	Direcțiile de evaluare	Observațiile în urma evaluării
Buze	Simetrie	
	Conformația buzelor	
	Motricitate (rotunjire, retracția comisurilor, țuguiere)	
Limbă	Mărimea limbii	
	Conformația limbii — fistule, alte malformații la nivelul limbii	
	Motricitatea limbii 1. tipuri de mișcări: mișcarea de ridicare a vârfului limbii, mișcarea de lățire a limbii, crearea unui jgheab pe mijlocul limbii); 2. precizia mișcărilor; 3. simetria limbii în mișcarea de protuzie;	1. 2. 3.
	Frenul lingual	
Dentiție	Distanța mare între dinți (diastema)	
	Lipsa dinților	
	Implantarea defectuoasă a dinților (dublarea unor dinți, poziționarea greșită)	

Scanned with OKEN Scanner

Componentele anatomice	Direcțiile de evaluare	Observațiile în urma evaluării
Palatul dur	Conformația palatului (forma ogivală, bolta mai înaltă etc.)	
	Despicăturile vizibile de la nivelul palatului	
	Despicăturile submucoase	
Vălul palatin	Prezența/absența vălului palatin	
	Lungimea vălului palatin	
	Simetria vălului palatin în poziția de repaus și în timpul articulării	
	Despicăturile de la nivelul vălului palatin	
Cavitatea nazală	Blocaje anterioare (polipi, piramida căzută)	
	Deviația de sept	
	Blocaje posterioare (vegetații adenoide)	
Maxilarele	Simetria	
	Forma maxilarelor (mușcătura, ocluzia)	
	Mobilitatea maxilarului inferior	
Uvula	Conformația	
Amigdalele	Poziția amigdalelor	
	Mărimea amigdalelor	

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, potrivit unei asemenea scale, inteligibilitatea vorbirii poate fi apreciată de la 1 la 5 unde:

- 1 înseamnă că vorbirea acelei persoane este total neinteligibilă pentru ascultător;
- 2 înseamnă că din vorbirea persoanei rinolalice ascultătorul poate percepe ca fiind inteligibile anumite cuvinte izolate, vorbirea rămânând în continuare neinteligibilă;
- 3 înseamnă că vorbirea persoanei rinolalice este parțial inteligibilă pentru un ascultător familiarizat şi care compensează prin experiențele sale lingvistice şi de comunicare ceea ce nu percepe de la interlocutorul său;
- 4 înseamnă că vorbirea persoanei rinolalice este inteligibilă în cea mai mare parte, chiar şi pentru un vorbitor mai puțin familiarizat cu specificul articulator şi fonator al unei persoane rinolalice, cu puține şi mici excepții;
- 5 înseamnă că vorbirea persoanei rinolalice este corect şi fără efort percepută de persoanele din jur, indiferent de gradul de familiarizare al acestora cu specificul articulator şi fonator al persoanelor rinolalice şi indiferent de conținutul semantic exprimat de aceştia.

Utilizarea unei astfel de scale presupune o apreciere calitativă a particularităților articulatorii şi fonatorii ale persoanei care prezintă rinolalie, având valoare mai semnificativă în ceea ce priveşte componenta funcțională, pragmatică, a abilităților de comunicare ale acestei persoane.

10. Abordare conclusivă

Demersul de evaluare în contextul tulburării rinolalice este unul marcat de nevoia de individualizare, ceea ce înseamnă că selecția modalităților de investigare obiectivă şi subiectivă se realizează având în vedere specificul diagnostic şi de dezvoltare al persoanei căreia i se adresează, raportând întreg demersul la nevoile şi

Scanned with OKEN Scanner

implicațiile sociale/profesionale care vor fi apoi materializate sub forma programului de intervenție terapeutică. În aceste condiții, lista măsurătorilor obiective şi subiective poate fi considerată a fi deschisă, iar nevoia de a ne adapta particularităților diagnostice şi de dezvoltare se extinde atât asupra demersului de evaluare, cât şi asupra demersului de intervenție în contextul tulburării rinolalice.

Bibliografie

Anca, M. (2000). *Intervenții psihopedagogice în antrenarea funcției auditiv-verbale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2003). *Metode şi tehnici de evaluare a copiilor cu CES*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2007). *Psihologia deficienților de auz*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M., Hațegan, C. (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M., Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (2013). Pierre-Robin Syndrome: A Romanian Psycho-Pedagogical Case Report, *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, Volumul 78, 13 mai 2013, 245–249.

Bakhshaee, M., Ghasemi, M., Shakeri, M., Razmara, N., Tayarani, H., şi Tale, M. (2007). Speech development in children after cochlear implantation. *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology — Head And Neck Surgery*, 264(11), 1263–1266.

Bodea Hațegan, C. (2014). Abordări psihopedagogice în contextul implantării cohleare bilaterale, în Bodea Hațegan, C. (coord.) (2014). *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 9–19.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Scanned with OKEN Scanner

Enescu, D.M., Bordeianu, I. (2001). *Manual de chirurgie plastică*, Constanța: Ovidius University Press.

Fătu, Zelma (1969). *Ritmică şi gimnastică medicală*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Guțu, M. (1974). *Logopedie*, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2007). Dezvoltarea abilităților studenților de cercetare a competenței de comunicare: selectare de material lingvistic în Anca, M., Ciascai, L., Ciomoş, F. (2007). *Dezvoltarea competențelor didactice şi de cercetare în ştiințele naturii*, Casa Cărții de Ştiință, Cluj-Napoca, p. 87-95.

Hațegan, C. (2009). *Modalități de evaluare şi stimulare a competenței morfologice*, teză de doctorat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Huber, R.S., Houlihan, D., Filter, K. (2011). Dubowitz Syndrome: A Review and Implications for Cognitive, Behavioral and Psychological Features, *Journal of Clinical Medicine Research*, 3(4): 147–155.

Ioan, D. M., Zamfirescu, A. (2008). Sindromul Kabuki, *Revista Română de Pediatrie*, vol. LVII, nr. 2, pp. 115–118.

Kulcsar, T., Preda V. (1977). *Îndrumător psihodiagnostic*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Maftei, I., Chirilă, I. (1999). Malformații congenitale ale feței, în Bulibaşa, C. (1999). *Chirurgie orală şi maxilofacială*, reeditată, Bucureşti: Editura Medicală.

Main, A., Kelly, S., Manley, G. (1999). Notes and Discussion. Instrumental Assessment and Treatment of Hypernasality, Following Maxillofacial Surgery, Using SNORS: A Single Case Study, *International Journal of Language & Communication Disorders*, volumul 34, nr. 2, 223–238(16).

Malek, R. (2001). *Cleft lip and palate: lesions, pathophysiology and primary treatment*, Londra: Martin Dunitz.

Moisa, G. (2008). *Modificări anatomice, morfologice şi funcționale în malformațiile maxilolabiofaciale*, teză de doctorat, Oradea: Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină şi Farmacie.

Scanned with OKEN Scanner

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Pamfil, A. (2003). *Limba şi literatura română în gimnaziu. Structuri didactice deschise*, Piteşti: Paralela 45.

Peterson-Falzone, S.J., Trost-Cardamone, J.E., Karnell, M.P., Hardin-Jones, M.A. (2006). *The Clinician's Guide to Treating Cleft Palate Speech*, Missouri: Mosby Inc.

Preda, V. (1997). *Probe de psihodiagnostic pentru evaluarea copiilor deficienți*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Robin, N. H., Falk, M.J., Haldeman-Englert, C.R. (2011). *FGFR-Related Craniosynostosis Syndromes*, GeneReviews Internet,
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1455/ retrived at 21.10.2015

Săteanu, C. (1978). *Fonemica limbii române*, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Sharp, P.D. (2000). *An Instrument for Multiparameter Assessment of Speech*, Doctoral Thesis, University of Kent, Canterbury,
http://www.eda.kent.ac.uk/material/pdf_docs/Thesis-Paul_Sharp.pdf

Sweeney, T., Sell, D. (2008). Relationship between perceptual ratings of nasality and nasometry in children/adolescents with cleft palate and/or velopharyngeal dysfunction, *International Journal of Language and Communication Disorders*, mai–iunie 2008, vol. 43, no. 3, 265–282.

Tudor, D. (2004). *Dicționar de Medicină Veterinară*, Bucureşti: Editura Vergiliu

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

http://www.rarediseases.org/rare-disease-information/rare diseases/byID/507/viewAbstract

http://ghr.nlm.nih.gov/condition/van-der-woude-syndrome

http://ghr.nlm.nih.gov/condition/apert-syndrome

http://www.stickler.org.uk/info.htm

http://ghr.nlm.nih.gov/condition/saethre-chotzen-syndrome

Scanned with OKEN Scanner

http://www.ccakids.com/assets/syndromebk_pierrerobin.pdf
http://dexonline.ro
https://itunes.apple.com/us/app/free-candle/id434064534?mt=8
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.joker.amazingcandle&hl=en
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.medando.speechcompanion&hl=en
https://itunes.apple.com/us/app/smalltalk-oral-motor-exercises/id337145605?mt=8
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.digeebird.blowballoon

Scanned with OKEN Scanner

Tulburările de ritm și de fluență. Bâlbâiala

1. Delimitări conceptuale

În categoria tulburărilor de ritm şi de fluență se încadrează acele tulburări de limbaj care presupun afectarea componentei suprasegmentale a limbajului, componenta de accent şi intonație. Această componentă caracterizează tranşa sonoră compusă din unitățile segmentale — vocale şi consoane — şi conferă limbajului uman fluiditate, cursivitate, naturalețea şi calitatea pe care limbajele artificiale nu le pot prezenta atât de uşor şi fin.

Această componentă a actului comunicațional se concretizează în următoarele proprietăți pentru voce şi vorbire: intensitate, frecvență, flexibilitate şi calitate (Aronson şi Bless, 2009).

Ritmul se referă la combinarea sub forma unui pattern irepetabil al unităților accentuate, cu cele neaccentuate, cu impact asupra semnificației globale a mesajului exprimat.

Alterarea ritmului se concretizează în:

- blocaje;
- prelungiri ale sunetelor şi silabelor;
- pauze nepotrivite;
- repetări involuntare ale unor structuri fonemice, silabice sau chiar lexicale;
- intensificarea accentuării;
- scăderea intensității accentuării;
- accentuarea necorespunzătoare (ca localizare a accentului);

Scanned with OKEN Scanner

Fluența verbală presupune asocierea corectitudinii celor pronunțate, articulate cu o unitate anume de timp. În literatura de specialitate fluența verbală este cuantificată prin formula: număr de cuvinte corecte/unitatea de timp (Bodea Hațegan, Talaș, But, 2014).

Din acest punct de vedere fluența verbală poate fi afectată din cauza:

- creşterii vitezei de pronunție a unităților lingvistice (cu cât viteza este mai crescută, cu atât nivelul inteligibilității vorbirii pentru cel care ascultă este mai scăzut, cu implicații asupra comprehensiunii verbale);
- reducerii vitezei de pronunție, ceea ce imprimă un ritm sacadat, obositor de urmărit, cu pauze accentuate între unitățile lingvistice (scăderea ratei de pronunție conduce, de asemenea, la scăderea nivelului inteligibilității vorbirii, cu importante consecințe în planul comprehensiunii verbale);
- numărului mare de unități lingvistice distorsionate (reduse, aglutinate prin reducerea pauzelor dintre cuvinte), omise sau înlocuite.

Desigur că aceste trei situații distincte de materializare a disfluenței verbale se pot combina, ceea ce poate conduce la: viteză crescută în vorbire, cu un număr mare de unități lingvistice distorsionate, omise, aglutinate, dar şi viteză scăzută în vorbire, cu un număr mare de unități lingvistice distorsionate, omise sau înlocuite.

Aspectele mai sus menționate se pot asocia, conform Anca (2005) cu:

- dezorganizarea frazei;
- dizabilitate cognitivă;
- dificultăți de scris şi citit;
- hiperactivitate;
- tulburări cu substrat neurologic;
- tulburări pervazive de dezvoltare;
- tulburări de procesare fonologică.

Scanned with OKEN Scanner

2. Forme ale tulburărilor de ritm și fluență

Formele cel mai frecvent întâlnite de manifestare a tulburărilor de ritm şi fluență sunt (Anca, 2005):

- **tahilalia** — aceasta presupune o viteză crescută de pronunție, ritm alert, fără afectări fonetice sau lexicogramaticale, persoana cu tahilalie pronunță 20-30 de sunete per secundă (în mod obişnuit sunt pronunțate 10-20). Tahilalia poate fi asociată cu dizabilitatea intelectuală şi cu dificultățile de scris-citit;
- **bradilalia** — aceasta presupune un ritm şi o viteză scăzute de pronunție, voce monotonă, pauze necorespunzătoare în vorbire, prelungirea articulației. Bradilalia se asociază, în multe dintre situații, cu leziuni cerebrale în aria motorie a limbajului, aria Broca sau ariile cerebrale conexe care asigură activarea itemului lexical ce urmează să fie pronunțat;
- **aftonghia** — în tablourile de aftonghie limba este spastică, apar secvențe tonice, cu blocaje în articulare, aceste secvențe sunt de regulă de lungă durată, soldate cu imposibilitatea de a vorbi, tulburarea nu are legătură cu frica de a vorbi şi se manifestă în diferite situații. Terapia constă în exerciții de relaxare musculară;
- **battarismul sau clutteringul** — este o formă de tulburare de ritm şi fluență mai accentuată, cu implicații mai grave asupra inteligibilității vorbirii, în care unitățile lingvistice sunt semnificativ alterate de viteza foarte crescută de pronunție. În tablourile de battarism persoana pronunță pe nerăsuflate structuri lingvistice, până la epuizarea respirației, sunetele şi cuvintele se amestecă, terminațiile se estompează, apare sialoreea, sunt prezente grimasele şi mişcările dezordonate ale mâinilor şi corpului, agitația, neatenția, tendința de a-l întrerupe pe interlocutor din dorința de a vorbi, auzul fonematic slab dezvoltat, pauze respiratorii neadecvate, vorbire pe inspir, aritmie, vorbitorul nu îşi conştientizează deficitele

Scanned with OKEN Scanner

articulatorii şi de vorbire, comportamentul vorbitorului este dezinhibat, cu izbucniri (LaSalle, Wolk, 2011; Bodea Hațegan, in press);

- **bâlbâiala** — o formă de tulburare de ritm şi fluență în care blocajele, spasmele articulatorii şi disfluențele sunt cauzate de o componentă emoțională, psihogenă certă, aspect care lipseşte în contextul celorlalte tulburări de ritm şi de fluență.

3. Bâlbâiala — tulburare de ritm și fluență

3.1. Definiție

Bâlbâiala este definită de Shapiro (2011 apud Makauskiene, 2014) ca fiind acea tulburare caracterizată printr-un număr crescut şi/sau o durată semnificativă a pauzelor, blocajelor în timpul fluxului vorbirii. De asemenea, Shapiro (2011 apud Makauskiene, 2014) menționează că din simptomatologia bâlbâielii relevante sunt şi etapele cu manifestare deschisă, episodică, în care apar repetițiile, prelungirile şi blocajele în actul vorbirii. Toate aceste caracteristici sunt reunite la nivelul unei tulburări complexe de vorbire, cauzată atât de factori fiziologici, cognitivi, cât şi de factori emoționali, tulburare care are o rezistență semnificativă la intervenția terapeutică.

Organizația Mondială a Sănătății prin CIF (CIF, 2004) include bâlbâiala în categoria tulburărilor de ritm, cu specificarea că persoana care prezintă bâlbâiala îşi conştientizează deficitul, astfel, chiar dacă vorbitorul ştie, conştientizează ce trebuie să spună, se află în imposibilitatea comunicării din cauza repetițiilor involuntare, a prelungirilor sau blocajelor articulatorii frecvente. La nivel de ICD-10, bâlbâiala este inclusă în categoria tulburărilor emoționale şi comportamentale, fiindu-i specifice repetițiile şi prelungirile silabelor şi cuvintelor, ezitările articulatorii, pauzele care toate alterează fluența şi ritmul vorbirii. Este considerată o tulburare

Scanned with OKEN Scanner

propriu-zisă doar atunci când gradul de severitate al simptomatologiei are implicații asupra fluxului vorbirii în mod pregnant.

DE REȚINUT!

În acest fel se realizează distincția dintre bâlbâială și o altă formă de tulburare de ritm și fluență (battarism sau „cluttering", tulburare al cărei statut patologic este chiar contestat de unii specialiști — http://www.stutteringhelp.org/cluttering). Astfel, bâlbâiala este definită ca acea tulburare în care pauzele, blocajele, ezitările, revenirile au loc involuntar, în condițiile în care vorbitorul este conștient de deficitul cu care se confruntă, acesta aflându-se în imposibilitatea de a articula intenția sa de comunicare. Tulburarea de ritm și fluență de tip battarism este o tulburare care apare mai degrabă din cauza unei lipse de organizare și planificare a discursului, ca urmare a unui deficit atențional, a unei imprecizii în ceea ce privește intenția de comunicare, fiind caracterizată printr-o serie de blocaje, repetiții, ezitări, reveniri care scad drastic nivelul inteligibilității vorbirii.

Anca (2005) definește bâlbâiala ca fiind acea perturbare a fluidității vorbirii caracterizată prin repetări sau prelungiri involuntare, sonore sau silențioase de-a lungul emisiei verbale. Aceste perturbări se manifestă într-o manieră diversă și frecventă și nu sunt ușor de controlat. Uneori aceste perturbări sunt însoțite de mișcări la nivelul aparatului bucal, la nivelul altor structuri anatomice sau de enunțuri verbale stereotipe.

Wingate (1964 apud Rondal, Seron, 1999) definește bâlbâiala complex, delimitând întreg tabloul simptomatologic și făcând referiri chiar și la factorii etiologici:

a. bâlbâiala se caracterizează prin afectarea fluenței în exprimarea verbală;
b. bâlbâiala presupune prelungiri și repetiții ale sunetelor, silabelor și cuvintelor monosilabice prezente în actul lingvistic;
c. disfluențele sunt frecvente și necontrolabile, apar involuntar;

Scanned with OKEN Scanner

d. disfluențele din planul exprimării verbale orale sunt însoțite de mișcări involuntare ale aparatului fonoarticulator, grimase, mișcări ale diverselor segmente ale corpului;
e. implicațiile emoționale negative, starea generală tensionată, iritarea, ruşinea sunt frecvent întâlnite la persoanele care prezintă diferite forme de bâlbâială;
f. bâlbâiala e cauzată de necoordonarea mecanismelor periferice implicate în actul lingvistic, iar această lipsă de coordonare are cauze complexe, multidirecționate.

3.2. Incidența în populație

Makauskiene (2014) subliniază că incidența în populație este de aproximativ 5%, ceea ce înseamnă că cel puțin acest procent din populația infantilă prezintă simptome de bâlbâială pentru o perioadă mai lungă de 6 luni. Dintre aceştia, 70% vor trece peste această tulburare până în copilăria târzie, la vârsta adultă doar 1% din populație ajungând să manifeste această tulburare. Procentul de 1% este menționat şi de Rondal şi Seron (1999), aceştia subliniind de asemenea faptul că incidența bâlbâielii este mai crescută în perioada micii copilării (la copiii cu vârste sub 12 ani). De asemenea, Rondal şi Seron (1999) indică faptul că incidența bâlbâielii în populația masculină este mai crescută (1 din 3) decât incidența bâlbâielii în populația feminină (1 din 5). De asemenea, aceşti doi autori menționează că incidența bâlbâielii este de trei ori mai crescută în familiile în care există un istoric de bâlbâială față de familiile în care acest istoric de bâlbâială este absent.

În momentul în care copiii încep să prezinte simptomatologia bâlbâielii, Makauskiene (2014) menționează că nu sunt diferențe între genuri, pentru ca diferențele să apară pe parcursul manifestării tablourilor de bâlbâială, autoarea subliniind că sunt raportate a fi de 3-4 ori mai multe persoane de gen masculin care se bâlbâie decât persoane de gen feminin.

Scanned with OKEN Scanner

În țara noastră sunt cunoscute cercetările lui Boşcaiu (1983) cu privire la incidența bâlbâielii în populația cu vârste cuprinse între 4 şi 6 ani. Aceasta a arătat că în mediul urban incidența bâlbâielii este de 0,9%, în timp ce în mediul rural aceasta este mai scăzută, 0,57%, tulburarea fiind de trei ori mai frecventă în populația de gen masculin comparativ cu incidența acesteia la populația de gen feminin (studiile pe care autoarea le-a condus s-au derulat între anii 1967 şi 1974).

Evident că prevalența bâlbâielii în populație este raportată diferit de la țară la țară. Astfel, conform Anca (2005), 3% din populația infantilă a Angliei a prezentat în anul 1994 bâlbâială, în timp ce media incidenței la nivel mondial este de 1,8%, iar rata cea mai scăzută a bâlbâielii este de 0,55%.

Legat de aceste diferențe de la țară la țară, Rondal şi Seron (1999) atrag atenția că incidența în cadrul populației este mai crescută în țările în care nivelul stresului este mai crescut, aceasta fiind mai frecvent întâlnită în cazul persoanelor cu un statut social şi economic mediu sau mediu spre înalt.

3.3. Simptomatologia bâlbâielii

Dintre caracteristicile observabile, manifestate deschis, ale bâlbâielii pot fi menționate (Rondal, Seron, 1999; Anca, 2005; Moldovan, 2006):

- repetițiile de sunete şi silabe, ale unor părți de cuvinte, ale propozițiilor;
- autocorecții, reveniri;
- prezența interjecțiilor, a unor sunete emise involuntar;
- fonație disritmică;
- spasme articulatorii;
- pauze, blocaje, tulburări respiratorii;
- prelungirile sunetelor şi silabelor;
- utilizarea aerului rezidual;

Scanned with OKEN Scanner

- blocajele în fluxul vorbirii;
- amânarea emisiei verbale;
- sinchinezii (mişcări concomitente);
- convulsii iterative, clonice, tonice;
- tremur muscular;
- schimbarea vocii;
- reacțiile fizice (mişcări la nivelul diferitelor segmente ale corpului — brațe, picioare, cap, clipitul din ochi, ochii larg deschişi, spasticitatea la nivelul limbii, gura larg deschisă, tensiune la nivelul buzelor, tensiune la nivelul gâtului, inspirul sau expirul neregulat, spasme la nivelul mâinilor — strânge tare sau ține depărtate degetele mâinilor, închide puternic ochii şi îi ține închişi, se înroşeşte etc.).

Toate aceste caracteristici sunt identificabile, observabile, în timp ce persoana care se bâlbâie mai prezintă o serie de alte caracteristici care nu sunt observabile, cu implicații la fel de pregnante, în sfera intervenției. Aceste **caracteristici ascunse, camuflate** sunt (Rondal, Seron; 1999, Anca, 2005; Moldovan, 2006):

- frica;
- sentimentul de frustrare;
- manifestarea anxioasă;
- furia;
- iritarea;
- starea tensionată;
- panica;
- tendința de autoizolare (această tendință apare ca o nevoie de a ascunde tulburarea cu care se confruntă);
- sentimentul de neputință şi deznădejde;
- tendința de a manifesta un comportament evitant;
- tendința de a utiliza în vorbire modalități de ocolire a unor cuvinte, de a schimba cuvintele pentru a evita acele structuri lingvistice care i-ar putea angrena blocaje, repetiții sau prelungiri de sunete (utilizarea perifrazelor).

Scanned with OKEN Scanner

Rondal şi Seron (1999) arată că primele semne din simptomatologia bâlbâielii sunt frecvent întâlnite la copiii cu vârste de 2-5 ani, aceste semne fiind considerate a fi naturale, fiziologice, până în momentul în care se accentuează manifestarea lor, moment în care acestea afectează inteligibilitatea celor exprimate verbal şi devin alarmante pentru cei din jur. Pentru ca diagnosticul de bâlbâială să se poată stabili ar trebui ca simptomatologia specifică să se manifeste consecvent pentru o perioadă de cel puțin 6 luni.

Reacțiile emoționale ale persoanelor care prezintă bâlbâială variază în timp şi sunt dependente de contextul comunicării, persoanele cu care se interacționează şi locul unde are loc interacțiunea (Makauskiene, 2014).

Tabelul 17. Variațiile reacțiilor emoționale în timp.

Componenta temporală	Reacții emoționale
înainte de episodul de bâlbâială	frică, sperietură, anxietate, panică
în timpul episodului de bâlbâială	blocaj, panică, frustrare, deznădejde
în urma episodului de bâlbâială	umilință, rușine, furie, resentimente

Makauskiene (2014 apud Yairi, Seery, 2014) delimitează simptomatologia bâlbâielii comparând-o cu un aisberg, ceea ce înseamnă că manifestările deschise, observabile, cuantificabile sunt cele care ies primele în evidență (gândindu-ne la imaginea unui aisberg, aceste manifestări reprezintă ceea ce se află deasupra apei), deşi acestea nu sunt neapărat atât de mari şi semnificative ca acele manifestări ascunse, care nu se văd, care se află sub apă şi cărora demersul terapeutic se adresează mai târziu sau într-o manieră mai puțin susținută.

DE REȚINUT!

Având în vedere comparația dintre simptomatologia bâlbâielii și imaginea unui aisberg, se delimitează nevoia de abordare bidirecționată a

Scanned with OKEN Scanner

demersului terapeutic adresat acestei tulburări de ritm și fluență, o abordare orientată asupra simptomatologiei deschise, observabile, și o abordare orientată asupra simptomatologiei neobservabile, implicite, ascunse.

Terapeutul limbajului se ocupă de simptomatologia deschisă, observabilă, în mod legitim, pentru ca abordarea simptomatologiei ascunse, mai puțin evidentă, să cadă în jurisdicția psihoterapeutului, psihologului.

Considerăm importantă această delimitare a sferei de abordare a simptomatologiei bâlbâielii pentru a evita posibilele complicații și abordări mai puțin funcționale.

Delimitarea domeniului practicii apare din nevoia de asumare a acestei tulburări sub aspect profesional, precum și din frecventa dispută dintre terapeutul limbajului și psihoterapeut în ceea ce privește legitimitatea abordării acestei tulburări.

3.4. Factori etiologici ai bâlbâielii

Dintre factorii care pot conduce la instalarea tabloului de bâlbâială putem menționa:

- **factorii predispozanți** — aceşti factori conduc la apariția tabloului de bâlbâială dacă există mediu activator. În categoria factorilor predispozanți putem plasa componenta genetică (Nicolosi, 2004; Haynes, 2008 apud Makauskiene, 2014; Rondal şi Seron, 1999); aceşti factori explică tablourile de bâlbâială în proporție de 30%), dominanța cerebrală dreaptă, lateralitatea stângă, genul (la genul masculin incidența este mai crescută decât la genul feminin), istoricul familial (o parte semnificativă a copiilor care se bâlbâie provin din familii în care cel puțin unul dintre membri prezintă bâlbâială. Riscul ca un copil care se naşte într-o familie în care este o persoană cu bâlbâială să prezinte bâlbâială este cu atât mai mare cu cât acea persoană nu a reuşit să depăşească problema cu care se confrunta până la vârsta adultă);
- **factorii precipitanți** — aceşti factori delimitează componenta de la suprafață a bâlbâielii, iar dintre aceştia putem menționa:

Scanned with OKEN Scanner

trăirile emoționale intense, dezvoltarea rapidă a abilităților lingvistice, sentimentul de competitivitate în vederea atingerii așteptărilor celor din jur, așteptările și cerințele celor din jur nu sunt în concordanță cu abilitățile copilului, bilingvismul, schimbările bruște sau frecvente din mediul copilului (Rondal și Seron, 1999);

- **factorii care mențin simptomatologia bâlbâielii** — acești factori întrețin caracteristicile simptomatologice; dintre aceștia menționăm: criticile negative primite de la cei din jur cu privire la limbajul copilului, sentimentele și atitudinile negative ale celor din jur față de bâlbâială, mediul de viață tensionat, sentimentul de neajutorare învățată sau chiar de supraprotecție, așteptările copilului sau ale adultului cu privire la propria persoană (Rondal și Seron, 1999).

Pentru instalarea bâlbâielii, un important factor de risc este și vârsta la care simptomatologia bâlbâielii poate să apară, și anume: dacă tabloul de bâlbâială se instalează înainte de 3–3 ani și ½, atunci șansele ca acel copil să depășească tulburarea cu care se confruntă sunt semnificative. Yairi, Seery (2014) subliniază că, dacă bâlbâiala se manifestă în acest interval de timp, copilul se poate recupera în cel mult 6 luni. Dacă tabloul de bâlbâială s-a instalat în urmă cu 6 luni–1 an și tulburarea nu a putut fi eradicată, atunci pronosticul este unul rezervat, ceea ce înseamnă că tabloul de bâlbâială poate fi mai greu depășit dacă nu se intervine foarte repede după apariția simptomatologiei.

În contextul în care copilul prezintă și alte forme de tulburări de limbaj, asocierea tabloului de bâlbâială cu acestea scade șansele de recuperare a abilităților lingvistice ale copilului și adultului.

DE REȚINUT!

Intervenția timpurie (imediat după instalarea simptomatologiei) este extrem de importantă în contextul bâlbâielii, cu implicații asupra evoluției cazului, diagnosticului și pronosticului.

Scanned with OKEN Scanner

Makauskiene (2014) delimitează câțiva factori facilitatori pentru fluența verbală care pot fi luați în considerare pe parcursul programului de intervenție:

- *modalitatea de vorbire*: vorbirea cursivă, cântatul, vorbirea ritmică, vorbirea monotonă, mai lentă, vorbirea în şoaptă;
- *contextul în care se vorbeşte*: interacțiunea cu un copil, cu un animal, cu persoane în context mai puțin zgomotos, în cadrul unor piese de teatru, unor jocuri de rol.

De asemenea, Makauskiene (2014) delimitează şi câțiva factori cu impact negativ asupra fluenței verbale: vorbitul la telefon, vorbitul cu autoritățile, vorbitul cu persoane mai puțin familiare, prezentarea unor informații într-un grup, prezentarea propriei persoane.

Este important de menționat faptul că fiecare dintre aceşti factori poate angrena mecanisme şi simptomatologii diferite, fiecare persoană manifestând un tablou de bâlbâială particulară, specifică, cu caracter individualizat, manifestarea putând fi marcată de un caracter variabil, chiar şi în cazul aceleiaşi persoane.

DE REȚINUT!

Intervenția individualizată este extrem de importantă în contextul bâlbâielii, iar generalizarea comportamentelor verbale funcționale se realizează progresiv, prin angrenarea persoanei în activități sociale, de comunicare efectivă. Cu alte cuvinte, chiar dacă anumite modalități de vorbire și anumite contexte pot angrena, accentua sau menține simptomatologia bâlbâielii, aceasta nu înseamnă că ele trebuie complet eliminate sau evitate din viața persoanei care prezintă bâlbâială, ci trebuie judicios abordate, în așa fel încât să oferim persoanei în cauză strategii de control și gestionare a impactului acestora asupra abilităților sale comunicaționale și, bineînțeles, asupra stării de bine.

3.5. Modele explicative ale bâlbâielii

Rondal şi Seron (1999) delimitează câteva direcții distincte de abordare explicativă a tablourilor de bâlbâială. Astfel, o primă

Scanned with OKEN Scanner

direcție explicativă expusă de aceşti doi autori a fost delimitată de Orton (1928) şi Travis (1931). Teoria acestora sublinia faptul că tablourile de bâlbâială sunt direct relaționate cu dominanța cerebrală dreaptă. Orto şi Travis explicau faptul că producția lingvistică fluentă este dependentă de sincronismul dintre activitatea cerebrală şi acțiunea organelor periferice ale vorbirii. Acest sincronism nu este unul funcțional atunci când emisfera dominantă este emisfera dreaptă (persoanele respective prezintă lateralitate stângă) sau chiar şi atunci când existau cazuri de lateralitate ambidextră (această lateralitate este considerată ca fiind cauzată de o lipsă de dominanță cerebrală). Autorii consideră că tablourile de bâlbâială întâlnite la persoanele cu lateralitate stângă contrariată pot fi explicate prin prisma aceluiaşi demers teoretic.

La acest model explicativ s-a renunțat în contextul în care s-a constatat că numărul persoanelor cu lateralitate stângă care prezentau bâlbâială era la fel de mare ca numărul persoanelor cu lateralitate dreaptă.

În aceste condiții a apărut teoria lui Wendell Johnson (1942 apud Rondal şi Seron, 1999), teorie care susține că bâlbâiala apare în momentul în care terapeuții/părinții consideră disfluențele fiziologice, naturale, ca fiind patologice. Această teorie marchează cercul vicios al relației dintre factorii externi şi cei interni, din tabloul bâlbâielii. Astfel, dacă părinții/terapeuții încep să considere disfluențele copiilor ca fiind de natură patologică, severitatea disfluențelor se accentuează progresiv. Prin urmare, această teorie subliniază faptul că factorii de natură psihosocială sunt răspunzători pentru apariția şi menținerea simptomatologiei bâlbâielii.

O altă direcție explicativă a tablourilor de bâlbâială este dată de teoriile care surprind caracterul ereditar al acestei tulburări. Mecanismul de transmitere indicat este unul autozomal dominant sau recesiv (Kidd, 1984; Ambrose, Zairi, Cox, 1993 apud Rondal şi Seron, 1999).

O ultimă direcție explicativă exprimată de Selon Starkweither (1987 apud Rondal şi Seron, 1999) se referă la faptul că bâlbâiala

Scanned with OKEN Scanner

este efectul secundar exercitat de un mediu extern foarte exigent pe componenta de fluență în exprimare. Cu alte cuvinte, atunci când exigențele din mediu sunt mai crescute decât nivelul abilităților de fluență a limbajului pe care copilul îl demonstrează apare simptomatologia bâlbâielii, caracterizată prin disfluențe. Teoria aceasta, deşi nu a fost validată ştiințific, subliniază faptul că, imediat ce simptomatologia bâlbâielii se instalează, trebuie să se intervină pentru a se dezvolta abilitățile de fluență comunicațională ale copilului, abilități prin care să poată răspunde exigențelor mediului extern. Dacă nu se intervine corespunzător şi prompt, severitatea disfluențelor se accentuează în timp.

Urmărind întreaga gamă de modele teoretice explicative, putem concluziona că simptomatologia bâlbâielii poate avea cauze multiple. Boşcaiu (1983) a grupat factorii etiologici ai tabloului de bâlbâială în următoarele categorii, subliniind că la nivelul cercetărilor pe care le-a derulat cazurile de bâlbâială întâlnite au determinări plurifactoriale (cel puțin 2 şi până la 7 factori etiologici inventariază ca fiind frecvent asociați):

- istoric familial;
- tulburări de dezvoltare;
- tulburări de limbaj şi comunicare;
- lateralitate stângă contrariată;
- malformații ale aparatului fonoarticulator,
- traume emoționale sau instabilitate emoțională;
- carențe educative (mediu educativ tensionat, constrângeri educaționale, mediu familial dezorganizat);
- bilingvism.

Mergând în direcția enunțată de Boşcaiu (1983), un model explicativ actual al bâlbâielii este propus de Yairi, Seery (2014). Acest model este unul multifactorial şi multidimensionat, un model în care componenta genetică, neurofiziologică şi senzoriomotorie, în relație cu mecanismele de internalizare a emoțiilor, a dinamicii sociale, a abilităților de autocontrol, influențează structurarea

Scanned with OKEN Scanner

abilităților lingvistice (la nivelul tuturor laturilor limbajului — latura fonologică, latura semantică, pragmatică, morfosintactică), mnezice, emoționale şi cognitive.

Având în vedere acest model, precum şi modelul care va fi prezentat mai jos, este evident că etiologia şi factorii de risc care contribuie la apariția tablourilor de bâlbâială interacționează, rezultând o tulburare complexă, multideterminată, cu un dinamism specific, dinamism care contribuie într-o mai mare măsură la accentuarea complexității tabloului simptomatologic. Astfel, manifestarea tablourilor de bâlbâială se poate schimba în timp, poate avea variații bruşte sau poate avea chiar un caracter pervaziv, liniar, ceea ce contribuie la schimbarea, la intensificarea manifestării, la transformarea acesteia. În aceste condiții demersul de evaluare şi diagnosticare, precum şi cel de intervenție şi terapie trebuie să fie dinamice, capabile să se adapteze tuturor posibilelor schimbări de la nivel simptomatologic.

Un alt model de abordare conceptuală şi terapeutică a bâlbâielii este modelul CALMS propus de Healey (2004, 2012), un model care arată, de asemenea, caracterul multifațetat al acestei tulburări de ritm şi fluență. Acest model aduce în discuție cinci componente definitorii ale bâlbâielii:

- componenta afectivă (sentimente, emoții, atitudini);
- componenta cognitivă (gânduri, percepții, conştientizare, înțelegere);
- componenta lingvistică (abilități lingvistice, discurs);
- componenta motorie (controlul motor în producerea limbajului);
- componenta socială (contextul comunicării, covorbitorii).

Componenta afectivă include acele experiențe direct legate de sentimentele, emoțiile, atitudinile care însoțesc actele comunicaționale în care apare tabloul simptomatologic al bâlbâielii, dar şi vorbirea în general. Van Riper (1982, apud Healey, Trautman, Susca, 2004) a subliniat importanța gestionării sentimentelor, atitudinilor

Scanned with OKEN Scanner

şi emoţiilor negative ale persoanelor care prezintă bâlbâială pe parcursul programului terapeutic. Această componentă, alături de cea cognitivă şi motorie, se constituie în factori precipitanţi şi factori care întreţin simptomatologia bâlbâielii.

Componenta cognitivă include gânduri, percepţii, conştientizarea şi înţelegerea simptomatologiei bâlbâielii. S-a demonstrat faptul că persoanele care au o percepţie realistă şi pozitivă a situaţiei cu care se confruntă ajung să aibă o stimă de sine crescută, cu impact asupra unei recuperări mai rapide. În ceea ce priveşte conştientizarea secvenţelor de disfluenţe, sunt două aspecte important de abordat, anume: conştientizarea apariţiei secvenţelor de disfluenţe poate fi un bun indicator pentru persoana care se confruntă cu această tulburare, ceea ce îi poate asigura capacitatea de autocontrol şi gestionare a situaţiei; pe de altă parte, conştientizarea problemei cu care se confruntă şi a apariţiei episoadelor de bâlbâială poate fi un factor care exacerbează manifestarea deficitară, problematică. Înţelegerea tabloului de bâlbâială, a mecanismului care îl angrenează, are un important rol în recuperarea persoanelor cu acest tip de simptomatologie, deopotrivă.

Componenta lingvistică include aspecte cu privire la manifestarea episoadelor de bâlbâială. „Care sunt structurile lingvistice care angrenează cele mai multe secvenţe de disfluenţă?" — este întrebarea-cheie pentru această componentă a modelului CALMS. Având în vedere aspectul lingvistic, cercetările au scos în evidenţă faptul că lungimea structurilor lingvistice, complexitatea lor fonologică şi sintactică se pot constitui în factori precipitanţi pentru simptomatologia bâlbâielii. Healey, Trautman, Susca (2004) menţionează, de asemenea, că structurile narative, în care sunt înglobate unităţile lingvistice prin care i se solicită persoanei să comunice, să execute o anumită sarcină şi variaţiile acestora, pot angrena tablouri de disfluenţe.

Componenta motorie se referă la aspecte care ţin de modul în care se manifestă tablourile de bâlbâială, sub aspectul frecvenţei, intensităţii, severităţii, duratei, precum şi al tuturor mişcărilor fizice

Scanned with OKEN Scanner

secundare. Healey, Trautman, Susca (2004) menționează că această componentă inclusă în modelul CALMS se fundamentează pe cercetările lui Smith (1999) şi De Nil (1999).

Componenta socială se referă la aspecte care pot fi încadrate în componenta pragmatică a limbajului: cum reacționează persoana cu bâlbâială într-o relație de comunicare cu un interlocutor, cât de multe comportamente de evitare manifestă, cât de mult se izolează sau caută interacțiunea cu colegii, prietenii, cum reacționează la diverşii parteneri de comunicare, cât de mult se implică, în mod real, într-o secvență de comunicare.

În figura de mai jos se ilustrează interacțiunea dintre componentele modelului CALMS.

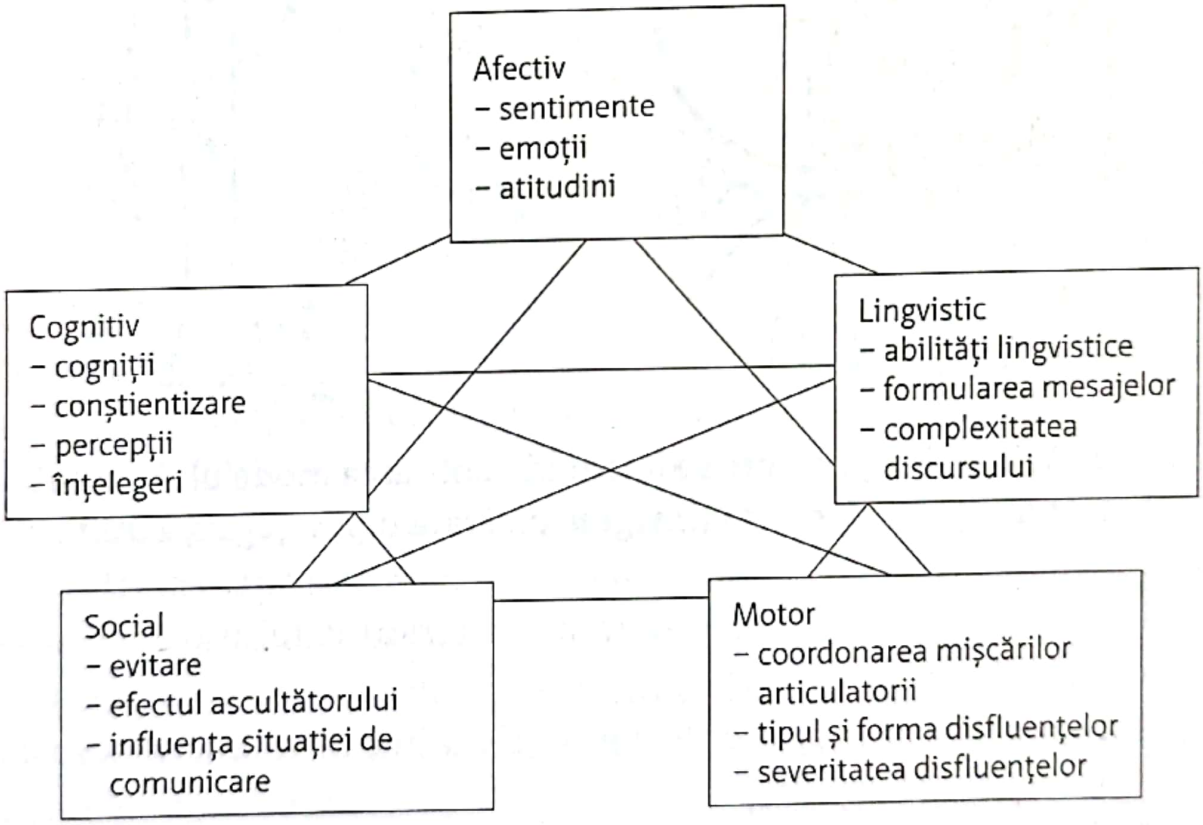

Figura 8. Modelul CALMS propus de Healey (2012).[1]

Evident că atâta timp cât modelul CALMS explică simptomatologia bâlbâielii, acesta poate oferi şi un important pattern de

[1] Traducerea şi adaptarea modelului CALMS reprezentat în figura de mai sus s-a realizat cu acordul şi sprijinul autorului, profesor emerit, PhD E. Charles Healey.

Scanned with OKEN Scanner

intervenție și abordare terapeutică. Un astfel de model pentru intervenție se va prezenta în activitatea de mai jos adaptată după Healey, (2012). Sarcina copilului sau adultului este de a descrie imaginea de mai jos având în vedere componentele modelului CALMS.

Figura 9. Imagine prin care se ilustrează aplicarea modelului CALMS în intervenția terapeutică (imagine preluată din Hațegan, 2009).

Întrebări pentru concretizarea demersului terapeutic după modelul CALMS[1]:

1. Te rog să îmi spui la ce te gândești înainte de a descrie această imagine? (Cognitiv)
2. Cum te simți înainte de a spune ceva despre imagine, dar și în timp ce o descrii? (Afectiv)
3. Ce ai vrea să spui despre imaginea de mai sus (cât de lungi vrei să fie propozițiile prin care să descrii imaginea? Cât de

[1] Mai mute date despre modelul CALMS și despre modul în care poate fi achiziționat pot fi accesate de pe site-ul http://calmsstuttering.com/.

Scanned with OKEN Scanner

complicate din punct de vedere morfosintactic? Ce fel de cuvinte ai vrea să selectezi?) (Lingvistic)
4. Cum crezi că vei descrie imaginea, ce strategie vei folosi (vei vorbi, vei scrie)? (Motor)
5. Cu cine ai vrea să vorbeşti despre această imagine? (Persoana cu bâlbâială poate alege să vorbească cu terapeutul despre imagine, cu părinții, cu un membru al familiei etc.) (Social)

3.6. Etapele în care se fixează tabloul de bâlbâială

Bâlbâiala este o tulburare dinamică care se instalează gradual, progresiv. Yairi, Seery (2014) descriu patru etape prin care se fixează tablourile simptomatologice de bâlbâială. Astfel, **prima etapă** în care apar primele semne de bâlbâială are loc la o vârstă foarte mică, în perioada 2–6 ani. Episoadele de disfluență sunt rare, uneori între episoadele de disfluență se pot scurge chiar săptămâni întregi. Condițiile mai speciale de comunicare sunt cele care pot angrena episoadele de bâlbâială: contextele încărcate emoțional, perioadele cu oboseală mai accentuată, perioadele cu îmbolnăviri frecvente.

A doua etapă se derulează în perioada şcolarității mici, perioadă în care episoadele de bâlbâială se manifestă cu regularitate, ceea ce afectează stima şi imaginea de sine ale copilului.

A treia etapă se concretizează în perioada copilăriei mari, a adolescenței, când bâlbâiala apare cu regularitate şi este direct relaționată cu anumite cuvinte, sunete, situații de comunicare. În această perioadă caracteristicile secundare de frică, ruşine, iritare sunt prezente în doze reduse.

Ultima etapă presupune manifestarea la vârsta adolescenței şi tinereții. În această etapă definitorie este anticiparea cu frică, uneori cu panică, a episoadelor de bâlbâială, a unor cuvinte sau situații de comunicare care pot angrena mecanismul de bâlbâială. În aceste condiții persoana începe să manifeste un comportament evitant în raport cu anumite situații de comunicare, cu anumite

Scanned with OKEN Scanner

persoane, ceea ce contribuie la afectarea decisivă a stilului de viață și a calității vieții.

Anca (2005) prezintă sub formă circulară mecanismul menținerii și amplificării bâlbâielii, insistând asupra importanței ultimei etape, mai sus prezentată, dintre cele parcurse pentru fixarea bâlbâielii.

Etapele și mecanismul mai jos prezentat pun accent pe importanța componentei cognitive, sociale și emoționale, componentă care trebuie abordată terapeutic în egală măsură cu componenta lingvistică și cea motorie.

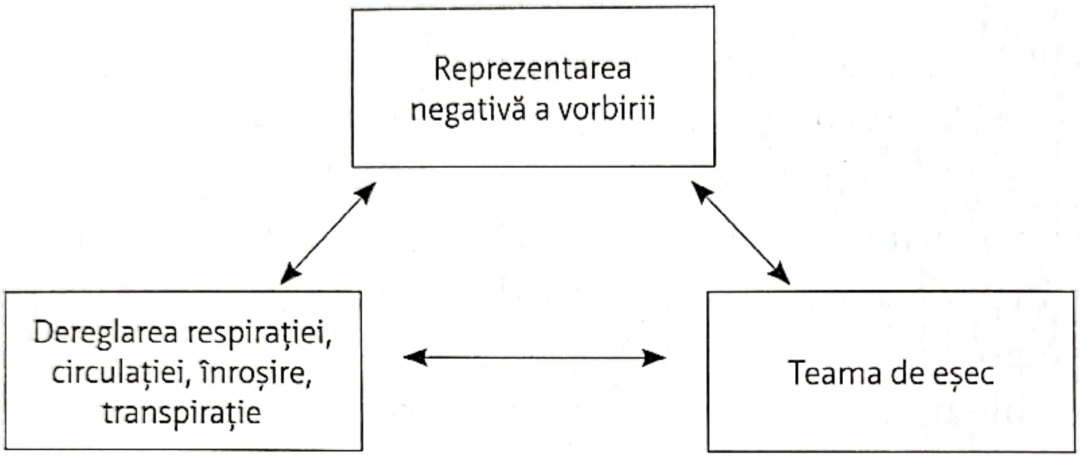

Figura 10. Mecanismul menținerii și amplificării bâlbâielii (după Anca, 2005).

3.7. Direcții de diagnostic diferențial

3.7.1. Bâlbâială — dislalie

În tablourile de bâlbâială nu apar tulburări de pronunție, se produc poticniri în pronunțarea unor sunete în situații diferite, sub impactul emoțional și contextual.

3.7.2. Bâlbâială — dizartrie

În tabourile de bâlbâială nu sunt identificate leziuni cerebrale. Se poate însă diagnostica bâlbâiala dizartrică, ceea ce înseamnă că apar manifestări similare celor din tablourile propriu-zise de bâlbâială (blocaje articulatorii, spasme, poticniri, repetiții, prelungiri

Scanned with OKEN Scanner

de sunete etc.), dar acestea sunt cauzate de tulburări neurologice. În acest caz diagnosticul diferențial este realizat pe baza datelor oferite de neurolog.

3.7.3. Bâlbâială — disfluențe nonpatologice

Disfluențele naturale, nonpatologice nu au mecanismul de angrenare şi menținere de natură psihogenă, se manifestă cu o severitate mai scăzută, nu au implicații sociale atât de drastice asupra vieții persoanei, nu au caracter gradual, cronic şi pervaziv, nu se manifestă cu regularitate. Dintre tipurile de disfluențe nonpatologice menționăm: ezitările articulatorii, interjecțiile de tipul *ă, î*, tendința de revizuire a celor spuse, repetarea şi prelungirea silabelor, a cuvintelor şi propozițiilor.

3.8. Tipuri de bâlbâială

După Anca (2005) şi Moldovan (2006), se pot delimita următoarele tipuri de bâlbâială *în funcție de componenta aparatului fonoarticulator*, direct relaționată cu simptomatologia:

- bâlbâiala articulatorie;
- bâlbâiala fonatorie;
- bâlbâiala respiratorie.

Bâlbâiala articulatorie

Acest tip de bâlbâială presupune spasme, blocaje, poticniri date de abilitățile articulatorii deficitare. Astfel, la nivelul componentelor aparatului articulator — buze, limbă, obraji, faringe — pot avea loc o serie de blocaje, spasme, mai mult sau mai puțin accentuate, cu o durată variabilă. În contextul acestui tip de bâlbâială sunt afectate de regulă sunetele explozive, sunetele „p, b, d, t, c, g", ceea ce înseamnă că la nivelul acestor sunete apar poticnirile, blocajele sau spasmele.

În contextul bâlbâielii articulatorii inteligibilitatea vorbirii este semnificativ afectată, vorbirea este greu receptată de cei din jur,

Scanned with OKEN Scanner

procesul coarticulator fiind, de regulă, puternic compromis, mai ales atunci când coarticularea implică sunetele explozive mai sus menționate la început de cuvânt.

Pentru recuperarea tabloului de bâlbâială articulatorie se utilizează tehnici şi exerciții de mobilizare orofacială, de antrenare a musculaturii organelor fonoarticulatorii implicate în actul articulării sunetelor: buze, limbă, maxilare, văl palatin.

Bâlbâiala fonatorie

Laringele este componenta aparatului fonator la nivelul căreia se produc spasmele, poticnirile, blocajele în contextul bâlbâielii fonatorii. Astfel, în contextul bâlbâielii fonatorii apar tulburări de voce sau poate să apară chiar imposibilitatea producerii vocii.

Tehnicile de intervenție care se adresează bâlbâielii fonatorii vizează dezvoltarea abilităților musculare de la nivelul gâtului şi coordonarea suflului respirator.

Bâlbâiala respiratorie

Aceasta rezultă în urma asincronismului dintre respirația abdominală şi cea toracică. De asemenea, bâlbâiala respiratorie poate fi şi rezultatul necoordonării inspirului cu expirul, emiterii sunetelor pe inspir. Sub aspect simptomatologic, bâlbâiala respiratorie implică blocaje articulatorii, spasme, aritmii şi disfluențe, o vorbire sacadată.

Tehnicile de recuperare se focalizează pe dezvoltarea abilităților respiratorii, pe îmbunătățirea coordonării respirației abdominale cu cea toracică, pe coordonarea inspirului şi a expirului, pe dezvoltarea abilităților de respirație verbală şi creşterea volumului respirator.

De asemenea, Boşcaiu (1983), Anca (2005) şi Moldovan (2006) delimitează trei subtipuri de bâlbâială *în funcție de specificul disfluențelor manifestate.*

Astfel, autorii mai sus menționați circumscriu:

- **bâlbâiala clonică** — acest tip de bâlbâială presupune repetiții de sunete, silabe, părți din cuvânt, cuvinte, propoziții,

Scanned with OKEN Scanner

prelungiri de sunete, reveniri asupra unor cuvinte, propoziții și autorevizuiri, disritmii. Bâlbâiala clonică are o severitate mai puțin accentuată a simptomatologiei, astfel că inteligibilitatea vorbirii nu este semnificativ compromisă.

- **bâlbâiala tonică** — acest tip de bâlbâială presupune spasme articulatorii, blocaje și poticniri cu un grad de severitate mai mare sau mai mic și cu o durată de manifestare de dimensiuni variabile. Severitatea manifestării simptomatologice este crescută, ceea ce conduce la afectarea semnificativă a abilităților de comunicare ale persoanei, a inteligibilității vorbirii și a vieții sociale a acesteia.
- **bâlbâiala mixtă (clonotonică sau tonoclonică)** — acest tip de bâlbâială presupune combinarea simptomatologiei clonice și a celei tonice în proporții diferite. Dacă bâlbâiala mixtă este de factură clonotonică, înseamnă că simptomatologia preponderentă este de tip clonic, fiind prezente mai puține disfluențe de natură tonică. În schimb, dacă simptomatologia este de factură tonoclonică, atunci manifestarea este preponderent tonică, cu câteva aspecte clonice.

Boșcaiu (1983), *din punct de vedere temporal, al momentului în care se instalează primele semne de bâlbâială delimitează între:*

- **bâlbâiala primară** — bâlbâiala care presupune mai mult repetări de silabe, părți din cuvânt, cuvinte, propoziții; este forma mai ușoară de bâlbâială, aceasta apare de timpuriu și este cauzată mai mult de aspecte care țin de maturarea organelor fonoarticulatorii. Acest tip de bâlbâială se poate recupera mai ușor. Denumirea de bâlbâială primară este practic o altă denumire pentru bâlbâiala clonică, Boșcaiu (1983) susținând că înainte de a fi tonică sau secundară orice formă de bâlbâială este clonică, primară.
- **bâlbâiala secundară** este forma de bâlbâială care se materializează prin circuitul psihogen de menținere și amplificare a simptomatologiei; este bâlbâiala caracterizată prin spasme

Scanned with OKEN Scanner

articulatorii, blocaje şi grave disfluenţe mai lungi de timp şi cu un grad de severitate mai accentuat. Această formă de bâlbâială este frecvent întâlnită la vârsta adolescenţei şi la vârsta adultă şi presupune o recuperare mai de durată, iar uneori caracteristicile simptomatologice au caracter pervaziv. Denumirea bâlbâială secundară este practic o denumire sinonimică cu cea de bâlbâială tonică.

4. Bâlbâiala — demersuri de evaluare şi intervenţie

4.1. Demersuri de evaluare

Pentru evaluarea copilului şi a adultului cu bâlbâială propunem un demers integrat, un demers focalizat pe aspecte care privesc atât funcţionarea lingvistică, cât şi pe aspecte care privesc impactul bâlbâielii asupra integrării sociale şi asupra structurării emoţionale/afective.

O astfel de fişă de evaluare este propusă de *Stuttering Center of Western Pennsylvania, fişă elaborată de* Yaruss (2014)[1]. Fişa se adresează aparţinătorilor copilului, aceasta putând fi utilizată şi în cazul adulţilor pentru conştientizarea propriilor episoade de disfluenţă şi pentru înţelegerea îndeaproape a mecanismului care declanşează, întreţine şi amplifică episoadele de bâlbâială sub aspectele:

- *severităţii* (din acest punct de vedere relevantă este descrierea particularităţilor secvenţelor de bâlbâială prin indicarea măsurii în care acestea afectează comunicarea);
- *frecvenţei* (din acest punct de vedere disfluenţele pot avea o frecvenţă foarte crescută sau una mai scăzută, ceea ce înseamnă că o astfel de informaţie despre simptomatologia bâlbâielii îi oferă terapeutului şansa de a surprinde impactul tulburării asupra inteligibilităţii vorbirii, dar mai ales asupra relaţiilor sociale marcate de nevoia de comunicare funcţională);

[1] Traducerea acestei fişe s-a realizat cu acordul autorului J. Scott Yaruss, PhD, căruia îi adresăm sincere mulţumiri.

Scanned with OKEN Scanner

Fișa de identificare a particularităților episoadelor de bâlbâială (tradusă și adaptată după Yaruss, 2014[1])

Cine era interlocutorul copilului/ adultului?	Ce mesaj se transmitea?	Ce tipuri de disfluențe au fost observate?	Era copilul sau adultul conștient de apariția disfluențelor?	Cum a reacționat interlocutorul?	Cum a reacționat copilul/adultul?	Descrieți situația de comunicare.

[1] Fișa în forma sa originală poate fi accesată de pe site-ul: http://www.stutteringcenter.org/. Autorul fișei originale poate fi contactat prin e-mail: J. Scott Yaruss, PhD / jsyaruss@pitt.edu.

Scanned with OKEN Scanner

– *duratei de manifestare* (acest parametru oferă o detaliere şi mai accentuată a tabloului de bâlbâială, oferindu-i terapeutului şansa de a distinge între manifestarea clonică şi cea tonică).

Fişa de evaluare poate fi înlocuită cu un jurnal, tehnica de evaluare fiind parte a analizei conversaționale, a analizei mostrelor de limbaj.

Acest tip de analiză a limbajului persoanei cu bâlbâială îi permite terapeutului o înțelegere complexă şi detaliată a simptomatologiei bâlbâielii, cunoscut fiind faptul că uneori, în cabinetul terapeutului, apariția şi manifestarea episoadelor de bâlbâială pot fi foarte diferite față de apariția acestora în altă situație sau în alt context de comunicare.

Manifestarea episoadelor de bâlbâială poate fi analizată şi cu ajutorul următoarei fişe de lucru de pe pagina următoare, fişă care să permită notarea tipului disfluențelor[1].

Yaruss, Coleman şi Quesal (2004, http://www.stutteringcenter.org/) au elaborat un instrument de evaluare adresat copiilor cu vârsta cuprinsă în intervalul 7–18 ani care prezintă bâlbâială. Acest instrument se numeşte „Assessment of the Child's Experience of Stuttering (ACES)", autorii subliniind prin intermediul lui că bâlbâiala nu este doar o simplă tulburare de limbaj, aceasta este o experiență complexă, cu implicații multiple asupra vieții fiecărei persoane care prezintă o astfel de tulburare. ACES a fost elaborat pornind de la un instrument similar: „Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)", instrument elaborat de Yaruss şi Quesal (2004 apud Yaruss, Quesal, 2006) adresat adulților.

OASES a fost elaborat de Yaruss şi colaboratorii săi începând cu anul 1998, urmând ca varianta finală să fie standardizată doar în 2005–2006. Ideea autorului a fost aceea de a materializa modelul de abordare a dizabilității propus de Organizația Mondială a

[1] Traducererea și adaptarea acestei fișe s-au realizat cu acordul autorului J. Scott Yaruss, PhD / jsyaruss@pitt.edu, fișa în forma ei originală putând fi consultată pe site-ul: http://www.stutteringcenter.org.

Scanned with OKEN Scanner

Sănătății prin CIF. Conform acestui model, autorul a urmărit trei aspecte centrale în abordarea tablourilor de bâlbâială:

- percepțiile vorbitorilor cu privire la tabloul de bâlbâială (sunt inventariate astfel reacțiile vorbitorilor);
- dificultățile vorbitorilor de a se exprima în situații de viață cotidiană (sunt detaliate aspecte cu privire la tulburare/patologie și mediu);
- impactul global al dizabilității asupra calității vieții (sunt detaliate aspecte cu privire la modul în care tulburarea este abordată din punctul de vedere al implicațiilor sociale).

Fișă pentru evidențierea tabloului simptomatologic al bâlbâielii (adaptată după Speech Disfluency Count Sheet, 2015).

Data:
Episodul de comunicare — scurtă descriere:

.....
.....
.....
.....
.....

Durata episodului de comunicare:

Particularități simptomatologice:	**Frecvență**	**Exemplificare**
Blocaje		
Repetiții de sunete		
Repetiții de silabe		
Repetiții de cuvinte		
Repetiții de propoziții		
Prelungiri		
Sunete parazitare/interjecții		
Revizuiri		
Gesturi și mișcări asociate		
Reacții neurovegetative (înroșire, transpirație etc.)		
Alte manifestări:		

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a putea materializa toate cele trei direcții de abordare, într-un demers de evaluare, Yaruss și colaboratorii săi au elaborat trei instrumente:

- *SRS — Speakers' Reaction to Stuttering (Reacțiile vorbitorilor cu privire la bâlbâială).* Acest instrument viza modul în care vorbitorii își apreciază vorbirea sub aspectul sentimentelor, comportamentelor și cogniților. Varianta inițială a acestei probe cuprindea 100 de itemi, dintre care 20 au rămas în varianta finală.
- *FCS — Functional Communication and Stuttering (Comunicarea funcțională și bâlbâiala).* Acest instrument urmărea dificultățile pe care persoana care prezintă bâlbâială le întâmpina în procesul de comunicare, în situațiile de viață cotidiană (în situațiile în care inițiază relații de comunicare și sociale cu ceilalți, în situația de comunicare de la locul de muncă). FCS conținea 35 de itemi.
- *QOL-S — Quality of Life and Sttutering (Calitatea vieții și bâlbâiala).* Acest instrument era menit să vizeze dezavantajele sociale cu care persoana care prezintă bâlbâială se confruntă. Astfel, direcțiile de abordare a calității vieții persoanelor care prezentau bâlbâială vizau: gradul de satisfacție al persoanei vizavi de abilitățile sale de comunicare, impactul bâlbâielii asupra stării de bine și a satisfacției în viață, impactul bâlbâielii asupra sănătății persoanei și asupra modului în care ajunge să își îndeplinească obiectivele în viață. QOL-S conținea 30 de itemi.

Cele trei instrumente au fost inițial integrate sub forma unui singur instrument, proba rezultată fiind intitulată CASES, pentru ca forma finală a probei, după studiile și cercetările derulate, să fie redenumită *Overall Asessment of Speakers' Experience of Stuttering (OASES)* (Yarus, Quesal, 2006).

ACES este varianta pentru copii a probei OASES și este un instrument structurat pe patru părți și cuprinde 100 de itemi pe care evaluatorul îi consemnează în 15–20 de minute:

Scanned with OKEN Scanner

- prima parte cuprinde 20 de itemi, prin care sunt consemnate aspecte generale cu privire la copil şi la episoadele de disfluenţă pe care acesta le manifestă. Aici sunt completate date despre modul în care copilul înţelege bâlbâiala, cunoştinţele pe care le are despre bâlbâială şi mecanismul acesteia, atitudinea lui faţă de această tulburare de limbaj cu care se confruntă;
- a doua parte delimitează reacţiile copilului în momentul în care apar episoadele de bâlbâială; această secţiune cuprinde 30 de itemi, reacţii de natură emoţională (frică, ruşine, panică), comportamentală (tensiune, spasme, mişcări asociate), cognitivă (încredere în sine redusă, stima de sine afectată);
- a treia parte consemnează date cu privire la abilităţile de comunicare în situaţiile de viaţă cotidiană (la şcoală, acasă, în cadrul unor activităţi sociale — la joacă, în parc etc.); această parte cuprinde un număr de 25 de itemi;
- cea de-a patra parte cuprinde tot un număr de 25 de itemi şi sondează aspecte cu privire la calitatea vieţii (cât de mult bâlbâiala interferează cu comunicarea, petrecerea timpului cu ceilalţi, satisfacţia faţă de viaţă; cât de mult bâlbâiala îl opreşte de la a face anumite lucruri sau de la a spune ceea ce gândeşte şi doreşte).

Prin acest instrument se calculează un procent al manifestării bâlbâielii, delimitându-se mai multe grade de severitate a bâlbâielii: uşor, uşor-moderat, moderat, moderat-sever, sever.

Un alt instrument care poate fi utilizat pentru evaluarea complexă în contextul bâlbâielii este „Communication Attitudes Test" — elaborat de Brutten (1985 apud Brutten, Dunham, 1989). Acest instrument a fost elaborat pentru a evidenţia atitudinea persoanelor faţă de modul în care vorbesc. Instrumentul are o scală unde răspunsurile pentru care se oferă câte un punct sunt enumerate, itemii fiind structuraţi în aşa fel încât răspunsurile să fie de tipul „adevărat" sau „fals" (de exemplu: „Nu vorbesc corect").

Scanned with OKEN Scanner

Pentru fiecare item unde răspunsul oferit de persoana evaluată a fost „adevărat" se acumulează un punct (dacă la itemul „nu vorbesc corect" răspunsul persoanei evaluate a fost „adevărat", aceasta acumulează un punct la scorul final). Scala conține 35 de itemi, ceea ce înseamnă că scorul maxim poate fi de 35 de puncte. Un scor mare obținut în urma evaluării indică atitudinea negativă față de vorbire a persoanei evaluate.

De Nil şi Brutten (1991) demonstrează prin studiul întreprins că atitudinea persoanelor care se bâlbâie este una negativă (media răspunsurilor oferite de persoanele care se bâlbâie este 16,7), în comparație cu a altor categorii de persoane cu tulburări de limbaj (media este 8,71). Această atitudine negativă în contextul bâlbâielii este prezentă chiar de la vârsta de 7 ani şi se înrăutățeşte odată cu trecerea timpului. Astfel, scala poate fi un important instrument de predicție a succesului terapeutic, cunoscut fiind faptul că atitudinea persoanei față de comunicare este un aspect deosebit de important pentru ca demersul logopedic să fie unul eficient. Dacă atitudinea este pozitivă, eficiența procesului terapeutic este crescută.

Având în vedere modelul explicativ CALMS pentru explicitarea bâlbâielii, pe baza acestuia autorii (Healey, Trautman, Susca, 2004) au elaborat un instrument de evaluare multidimensionată a episoadelor de bâlbâială din punct de vedere:

- Cognitiv (aici se evaluează cogniţiile persoanei în raport cu episoadele de bâlbâială),
- Afectiv (această componentă inventariază aspectele atitudinale, emoţiile, sentimentele celui care prezintă disfluențe);
- Lingvistic (la acest nivel sunt delimitate principalele caracteristici ale producţiilor verbale);
- Motric/motor (componenta motorie a actului lingvistic este delimitată pe baza itemilor care subliniază specificitatea mobilizării aparatului fonoarticulator, prezența mişcărilor concomitente, apariția grimaselor şi a mişcărilor corporale involuntare etc.);

Scanned with OKEN Scanner

– Social (implicațiile de natură social-pragmatică şi funcțională ale acestei tulburări de limbaj sunt delimitate pentru a se realiza o înțelegere completă, globală a tabloului simptomatologic).

Fiecare item este notat pe o scală Likert de la 1 la 5, la final stabilindu-se un punctaj mediu la nivelul fiecăreia dintre cele cinci subscale, punctaj care se poate reda grafic la nivelul profilului de dezvoltare CALMS.

Un alt instrument este *Stuttering Severity Instrument — SSI* (ediția a patra), instrument elaborat de Riley în 2008 (apud Manning, 2010). Prima versiune a fost elaborată în anul 1972. SSI-4 investighează aspecte cu privire la:

– severitatea şi frecvența episoadelor de bâlbâială;
– durata episodului de bâlbâială;
– prezența mişcărilor concomitente;
– fluența şi naturalețea comunicării.

Instrumentul are două părți. O parte oferă date despre vorbirea spontană, aceasta fiind provocată prin intermediul materialului imagistic de care este însoțit testul, iar a doua parte oferă date despre fluența în actul lexic.

Instrumentul se poate aplica în 15–20 de minute, datele obținute fiind condensate la nivelul unei fişe de cotare specifice.

Se poate utiliza în evaluare şi tehnica interviului copilului pe următoarele coordonate (Makauskiene, 2014):

– Ce activitate faci cu cea mai mare plăcere?
– Ce crezi tu că faci şi reuşeşti să faci bine?
– Îți place să vorbeşti (cu cine, când, unde, cât de mult)?
– De ce crezi că ai venit la mine?
– Este vorbitul o activitate uşoară sau una dificilă pentru tine?
– Cum reacționează colegii tăi atunci când vorbeşti? Dar profesorii tăi?

Un alt posibil instrument de utilizat în evaluarea persoanelor care prezintă bâlbâială este *Self-Eficacy Scale for Adults who Stutter — SESAS (Scala autoeficacității percepute adresată adulților care prezintă*

Scanned with OKEN Scanner

bâlbâială). Scala a fost elaborată de Ornstein şi Manning (1985) şi oferă date cu privire la gradul de încredere al persoanei în propriile abilităţi comunicaţionale. O astfel de scală contribuie în mod semnificativ la conturarea unei perspective concrete a evaluatorului faţă de impactul bâlbâielii asupra vieţii persoanei care se confruntă cu această tulburare.

WASSP: The Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile (Profilul autodeterminat Wright-Ayre pentru bâlbâială — Ayre, Wright, 2009) este un instrument elaborat în Marea Britanie şi surprinde percepţiile vorbitorilor care se confruntă cu bâlbâiala în ceea ce priveşte propriile comportamente, sentimente, gânduri, tendinţe de evitare a situaţiilor comunicaţionale, dezavantaje sociale. Acest instrument este şi el configurat pe modelul de abordare propus de CIF şi are o largă utilizare în domeniul bâlbâielii.

Brutten, Vanryckeghem (2003, 2007 apud Manning, 2010) au elaborat o serie de scale care asigurau evaluarea comportamentului, a nivelului anxietăţii, a modului în care percepe adultul situaţia de comunicare, scale condensate la nivelul bateriei *Adult Behavioral Assesment Batery — BAB (Bateria de evaluare a comportamentului adulţilor).* Această baterie poate fi utilizată în procesul de evaluare în contextul tablourilor de bâlbâială.

Condensând date importante cu privire la modalităţile de evaluare a adulţilor şi copiilor cu bâlbâială, propunem în Anexa I o fişă de examinare logopedică adresată copiilor, fişă pe care terapeutul limbajului o completează împreună cu părintele/aparţinătorii copilului, dar colectează şi date din evaluarea propriu-zisă a copilului.

Fişa de caracterizare logopedică propusă de Guţu (1974) — vezi capitolul III din acest volum, capitol dedicat tulburării dislalice — a fost adaptată în vederea evaluării specifice a persoanelor cu tulburări de ritm şi fluenţă în general, şi a persoanelor care prezintă bâlbâială, în particular, având în vedere aspectele delimitate din cercetările şi sursele mai sus menţionate cu privire la direcţiile de evaluare a specificului simptomatologiei bâlbâielii.

Scanned with OKEN Scanner

Această fişă este ataşată în Anexa I a acestui capitol şi îi oferă terapeutului modalităţi diferite de condensare a datelor cu privire la simptomatologia tablourilor de bâlbâială. Astfel, în prima parte a fişei sunt colectate date prin intervievarea părintelui sau chiar a persoanei care prezintă bâlbâială (dacă aceasta se află la o vârstă care îi permite să ofere date concludente evaluatorului), date care privesc istoricul personal, dar şi familial al celui evaluat, în cea de-a doua parte a fişei terapeutul este solicitat să analizeze mostre de limbaj din vorbirea copilului/persoanei pe care o evaluează şi să indice specificul episoadelor de bâlbâială sub aspectul tipului, severităţii, frecvenţei, duratei acestor episoade, dar şi date cu privire la inteligibilitatea globală a vorbirii şi lungimea medie a enunţului (MLU), în cea de-a treia parte a fişei se delimitează aspecte specifice despre abilităţile de scris-citit şi calcul matematic, tocmai pentru a surprinde implicaţiile tabloului de bâlbâială asupra performanţelor şcolare ale celui care va fi evaluat (aceste date sunt colectate dacă cel evaluat se află în perioada şcolarităţii, caz în care datele au relevanţă şi îi oferă terapeutului şansa de a realiza un pronostic asupra evoluţiei şcolare, precum şi a evoluţiei demersului de intervenţie terapeutică), în ultima parte a fişei se formulează diagnosticul şi se oferă direcţii de abordare terapeutică a cazului.

Pentru a obţine cât mai multe date de la părinte este important să formulăm întrebări cu răspuns deschis. De asemenea, este important să cunoaştem părerea părintelui despre cât de mult s-a schimbat manifestarea episoadelor de bâlbâială în timp. Pentru aceasta putem aprecia pe o scală Likert de la 1 la 5 severitatea episoadelor de disfluenţă în două momente:

La debut: ___1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5
În momentul de faţă: ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5

Formula de calcul al disfluenţelor este (Makauskiene, 2014):

$$\frac{\text{Nr. de cuvinte rostite disfluent} \times 100}{\text{Nr. de cuvinte total rostite}} = \text{XYZ (rata disfluenţelor)}$$

Scanned with OKEN Scanner

Yairi, Seery (2014 apud Makauskiene, 2014) calculează rata disfluențelor identificând numărul de cuvinte rostite disfluent din 100 de cuvinte posibile. Potrivit acestora, rata disfluenței indică gradul de severitate al tabloului de bâlbâială. În tabelul de mai jos este condensată abordarea bâlbâielii din punctul de vedere al severității şi al implicațiilor comportamentale manifestate.

Tabelul 18. Severitatea manifestării bâlbâielii și implicațiile comportamentale ale acesteia (Yairi, Seery, 2014 apud Makauskiene, 2014).

Grad de severitate	Frecvența disfluențelor	Tensiune musculară	Comportamente secundare
Nu se pune în evidență tabloul de bâlbâială	sub 3/100	fără tensiune musculară	fără mișcări comportamentale
Foarte ușor	3/100 (3%)	fără tensiune musculară	fără mișcări comportamentale
Ușor	1/20 (5%)	tensiune musculară redusă	mișcări comportamentale aproape nesemnificative
Moderat	1/10 (10%)	tensiune musculară moderată	mișcări comportamentale vizibile
Sever	1/5 (20%)	tensiune musculară severă	mișcări comportamentale care atrag atenția
Foarte sever	1/4 (25%)	tensiune musculară foarte severă	mișcări comportamentale evidente, puternice

Acest calcul se bazează pe *Illinois Clinician Stuttering Severity Scale* (Yairi, Ambrose, 2005), instrument prin care se poate stabili numărul disfluențelor, durata acestora şi tipul de tensiune musculară implicată.

4.2. Demersuri de intervenție

În elaborarea şi propunerea unui plan de intervenție pentru un copil/persoană cu bâlbâială este important să fie asumate câteva principii de bază (Makauskiene, 2014):

Scanned with OKEN Scanner

- terapia pentru bâlbâială trebuie să fie flexibilă, întrucât simptomatologia bâlbâielii se poate schimba în timp;
- evaluarea trebuie să se realizeaze atât inițial, cât şi pe parcursul activităților terapeutice;
- relația terapeut — persoana cu bâlbâială trebuie să se bazeze pe încredere şi respect reciproc;
- terapeutul trebuie să acorde un timp important în economia demersului terapeutic pentru a ajunge la o cunoaştere atentă a nevoilor şi intereselor copilului/persoanei cu care lucrează;
- terapeutul trebuie să ajungă la o cunoaştere detaliată a particularităților cognitive, emoționale şi afective ale copilului sau persoanei cu care lucrează;
- modelarea în terapia bâlbâielii ocupă un rol extrem de important (terapeutul este astfel obligat să ofere modelul de pronunție corect, iar copilul/persoana cu care lucrează este solicitată să imite acest model);
- terapia logopedică în contextul bâlbâielii trebuie condusă în funcție de particularitățile individuale şi de dezvoltare ale beneficiarului (nu tuturor persoanelor care manifestă simptomatologia bâlbâielii li se potriveşte acelaşi tip de terapie, de aceea terapeutul trebuie să selecteze demersul terapeutic adecvat fiecărui caz în parte);
- încurajarea, întărirea pozitivă şi feedbackul de susținere sunt elemente-cheie în demersul terapeutic al bâlbâielii;
- dezvoltarea abilităților de autocontrol în cadrul spațiului cabinetului terapeutic, menținerea acestora şi transferul lor în viața de zi cu zi sunt obiective primordiale ale programului de intervenție (în aceste condiții beneficiarul terapiei are rol activ în cadrul demersului de intervenție);
- părinții/aparținătorii şi persoanele din jur (cadre didactice, colegi de serviciu) trebuie implicați responsabil în demersul terapeutic, întrucât succesul în acest tip de terapie apare atunci când beneficiarul terapiei se eliberează de teama de a vorbi

Scanned with OKEN Scanner

şi ajunge să se exprime, să comunice în orice situație ar fi şi indiferent de interlocutor;
- demersul terapeutic în bâlbâială este unul complex, iar în multe dintre situații nu se poate eradica tulburarea cu care se confruntă beneficiarul.

Potrivit „Stuttering Foundation of America" (http://www.stutteringhelp.org), pentru terapia bâlbâielii pot fi inventariate peste 260 de programe terapeutice distincte.

Makauskiene (2014) face o distincție între programele utilizate în țările din Europa de Est şi programele utilizate în Europa de Vest şi SUA. Potrivit acesteia, în țările est-europene terapia bâlbâielii se focalizează pe:
- importanța limbajului pentru comunicare;
- tranziția graduală de la silabe la cuvinte şi la vorbire;
- dezvoltarea ritmului în cadrul terapiei;
- combinarea exercițiilor de relaxare cu cele de fluență verbală.

În țările din vestul Europei şi în SUA accentul cade atât asupra modelării relației de comunicare părinte-copil, cu scopul de a transforma părintele în coterapeut, cât şi asupra intervenției asupra respirației, ritmului, fluenței vorbirii. Dintre programele existente menționăm:

• **Lidcombe** (Onslow, Packman, Harrison, 2003). Acest program terapeutic se derulează în două etape. Prima etapă presupune achiziția unei vorbiri care nu prezintă disfluențe, iar a doua etapă se caracterizează prin menținerea şi generalizarea vorbirii fluente. Rolul terapeutului în cadrul acestui program este de a ghida părinții, de a supraveghea derularea programului terapeutic şi de a oferi modele de lucru părinților. Intervenția se derulează în mediul natural al copilului, iar părinții au rolul cel mai important în obținerea vorbirii fluente.

• **Parent–Child Interaction Method** (Metoda interacțiunii părinte–copil) — **PCI** (Cook, Boterill, 2005). Acest program terapeutic se aplică în cadrul Centrului Palin din Anglia. Programul se focalizează pe dezvoltarea abilităților pentru o vorbire fluentă bazându-se

Scanned with OKEN Scanner

pe interacțiunea copil–părinte. Secvențele de interacțiune derulate sunt înregistrate, iar terapeutul are rolul de a facilita o mai bună interacțiune între copil şi părinte pentru a asigura dezvoltarea, în contexte naturale de comunicare, a unei vorbiri fluente. Activitățile de terapie din acest program se focalizează pe obținerea unei interacțiuni productive între părinte şi copil, interacțiune care să aibă drept obiectiv final reducerea disfluențelor. Terapeutul ghidează părintele în interacțiunea cu copilul său şi îl face conştient de tehnicile utilizate în diferitele situații de interacțiune, tehnici care pot reduce frecvența disfluențelor. Se stabilesc obiective şi se identifică situații din viața cotidiană în care părintele poate aplica tehnicile dovedite a fi eficiente pentru a îmbunătăți fluența verbală a copilului.

Sunt derulate atât activități de modelare directă a vorbirii prin introducerea de către terapeut a unor strategii de reducere a ritmului vorbirii, de modelare a fluenței, de utilizare a unor pauze în vorbire, cât şi strategii indirecte, prin care se modelează interacțiunea dintre părinte şi copil. Astfel, părintele primeşte o serie de recomandări cu privire la modul în care interacționează cu propriul copil:

- să se adreseze copilului cu calm şi răbdare;
- să asculte ceea ce copilul doreşte să spună până când acesta încheie şi apoi să intervină;
- să utilizeze un număr redus de întrebări într-un act comunicațional (copiii pot vorbi mai uşor atunci când vorbesc liber, fără să răspundă la întrebări);
- vorbirea să fie însoțită de mişcări ale corpului şi de o mimică facială binevoitoare, care să încurajeze copilul să se exprime;
- să îşi petreacă timp de calitate cu copilul în fiecare zi, în care să încerce să îi acorde copilului o atenție crescută;
- să introducă reguli pentru toți membrii familiei cu privire la modul în care îşi asumă rolurile de ascultător şi de vorbitor;
- să se comporte cu copilul, sub aspect disciplinar, ca şi când nu ar prezenta bâlbâială, fără să facă rabat de la reguli de comportament şi conduită.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnicile pe care terapeutul le utilizează în mod direct pentru îmbunătățirea fluenței se bazează pe joc şi modelare. Introducerea tehnicii are următoarea structură:

- se defineşte componenta de fluență ce urmează a fi antrenată — ritm lent, rapid, pauza, oprirea uşoară/lină etc.;
- se introduc apoi povestea, jocul şi jucăriile, care ajută terapeutul să materializeze conceptul dorit;
- se modelează acel concept prin utilizarea jucăriilor şi a poveştii;
- se rostesc apoi cuvinte, propoziții şi structuri narative complexe pentru a fixa şi generaliza conceptul achiziționat.

Ritmul lent se modelează prin asemănarea ritmului vorbirii cu **ritmul broscuței țestoase**, oprirea şi pauzele în vorbire sunt introduse cu ajutorul comparației vorbirii cu **mersul autobuzului** care trebuie să oprească din stație în stație, să pornească şi să oprească uşor pentru a nu pune în pericol viața pasagerilor, pornirea lină şi oprirea lină se pot modela, de asemenea, cu ajutorul **avionului** care trebuie să îşi ia zborul şi să aterizeze uşor pentru a nu agita pasagerii şi pentru a nu se prăbuşi. **În funcție de interesele copilului şi de nivelul de dezvoltare, terapeutul poate identifica alte poveşti care pot asigura materializarea unei fluențe funcționale în vorbire.**

• **Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance** (Creştere treptată a lungimii şi complexității vorbirii) — **GILCU** (Ingham, 1999, Ryan, 2006). Programul GILCU presupune antrenarea şi dezvoltarea fluenței verbale. Se începe cu antrenarea fluenței în citirea unui singur cuvânt, apoi se continuă cu antrenarea fluenței în citirea a două cuvinte, a 3–6 cuvinte, a 1– 4 propoziții, a unui text pe care să îl citească într-un interval de timp de la 30 de secunde la 5 minute şi se urmăreşte atingerea unei bune fluențe într-o activitate monologată sau de conversație liberă. Dezvoltarea graduală a abilităților de citire şi vorbire fluentă nu presupune abordarea componentei afective a disfluențelor, dar asigură structurarea unui program eficient, fapt dovedit printr-o serie de cercetări (Bennett, 2006; Shenker, 2005; Thomas, Howell, 2001).

Scanned with OKEN Scanner

• **Fluency Rules Program** (Programul regulilor fluenței — Runyan, Runyan, 1986). Programul propus de cei doi autori presupune urmarea a şapte reguli care ajută copilul să depăşească tulburarea de ritm şi fluență cu care se confruntă. *Prima regulă* se referă la gestionarea ratei vorbirii, copilul trebuie să învețe să vorbească cu o rată scăzută. Terapeutul poate utiliza pentru aplicarea acestei reguli metronomul. *A doua regulă* se referă la dobândirea unor abilități respiratorii verbale funcționale. *A treia regulă* se referă la antrenarea componentelor active ale aparatului fonoarticulator (limbă, maxilare, buze), cele care prin activitatea lor conduc la apariția sunetelor. I se demonstrează copilului că atingerea uşoară a acestora conduce la apariția sunetelor. *A patra regulă* îi atrage copilului atenția asupra faptului că sunetele nu depind de altceva decât de mişcarea componentelor aparatului articulator, nefiind necesare alte mişcări ale corpului sau o tensiune exagerată la nivelul unor părți ale corpului. *A cincea regulă* atrage atenția copilului asupra componentei fluide a limbajului, de curgere. Pentru aceasta pauzele, blocajele nu sunt necesare, ele chiar destructurează fluența vorbirii. *A şasea regulă* îi atrage copilului atenția asupra faptului că vocea se produce la nivel de laringe, unde nu este nevoie de tensiune pentru a produce vibrații. *A şaptea regulă* îi atrage copilului atenția spre nevoia de a articula fiecare cuvânt distinct. Se poate folosi exemplul trenului care are mai multe vagoane: fiecare cuvânt este un vagon, iar trenul parcurge drumul uşor, la fel şi fiecare cuvânt trebuie rostit lin, fluent, uşor, pentru a avea abilități bune de vorbire.

• **Comprehensive Stuttering Program** (Program complex adresat bâlbâielii) — **CSP** (Boberg, Kully, 1985). Acest program propune dezvoltarea următoarelor strategii importante pentru a dobândi controlul asupra vorbirii şi comunicării:

– oprirea/anularea (această abilitate este pusă în lucru în momentul în care apar episoadele de bâlbâială. Tehnica de oprire presupune pauza în vorbire şi reluarea cuvântului care

Scanned with OKEN Scanner

a cauzat nevoia acestei pauze, repetarea lui, după care se continuă cu celelalte cuvinte. Pauza este importantă pentru a-i demonstra persoanei cu bâlbâială că poate avea control asupra modului în care produce limbajul);

- modificarea ratei vorbirii (se începe în terapie cu o rată scăzută a vorbirii, aproximativ 40 de silabe pe minut, şi se urmăreşte creşterea ratei vorbirii la 190 de silabe pe minut. Se poate începe şi de la o rată crescută a vorbirii, pentru ca aceasta să se scadă gradual. Intensificarea sau scăderea ratei vorbirii se face cu implicarea terapeutului, la indicațiile acestuia);
- contactul uşor (acesta presupune articularea uşoară a cuvintelor, fără tensiune, spasme sau blocaje şi poticniri la nivelul organelor fonoarticulatorii);
- utilizarea unor pauze corecte în vorbire, la anumite intervale de timp, după un anumit set de cuvinte, aceste pauze presupunând şi control respirator;
- scurgerea aerului în mod continuu subliniază importanța respirației verbale, coordonarea inspirului şi a expirului, prelungirea expirului (abilități necesare pentru a avea o respirație verbală corectă, coordonată, în care apare sincronismul mişcărilor componentelor anatomice implicate în actul respirator);
- prelungirile (se focalizează asupra tehnicii de prelungire a vocalelor sau a consoanelor continue, pentru a facilita evitarea blocajelor sau repetițiilor şi a creşte fluența articulatorie);
- articularea sunetului inițial uşor (această tehnică conduce la evitarea blocajelor şi a apariției disritmiilor. Tehnica presupune inspirarea profundă, eliberarea unei cantități mici de aer înaintea producerii de voce, emiterea vocii pe o tonalitate scăzută şi creşterea uşoară a intensității vocale; la nivelul primei silabe se atinge intensitatea maximă a vocii);

Scanned with OKEN Scanner

- coarticularea lină, uşoară (sunetul iniţial se rosteşte uşor, prelungit, iar coarticularea se asigură lent. Este nevoie de această tehnică deoarece episoadele de bâlbâială sunt asociate cu blocaje sau poticniri în vorbire);
- autocorectare în momentul şi după episodul de bâlbâială (autocorectarea asigură îmbunătăţirea fluenţei verbale, reduce tensiunea musculară, spasmul articulator);
- tehnica celor 3 „T" — în limba engleză se referă la faptul că înainte să rostească ceva persoana care prezintă bâlbâială trebuie să se gândească la ce vrea să spună (THINK), apoi trebuie să inspire profund (TAKE A BREATH), după care să vorbească utilizând tehnicile mai sus prezentate (TALK).

Programul atrage atenţia asupra acelor tehnici prin care fiecare persoană îşi poate autocontrola abilităţile articulatorii, conştientizarea acestui autocontrol conducând la scăderea ratei disfluenţelor, a severităţii şi duratei de manifestare a acestora.

• **Stuttering Modification Therapy** (Terapie pentru modificarea bâlbâielii — Van Riper, 1973). Programul pune accent pe emoţiile şi comportamentele negative ale persoanei care prezintă bâlbâială. Acest program se structurează în patru etape:

- prima etapă este cea de identificare a emoţiilor şi comportamentelor negative;
- a doua etapă este cea de desensibilizare (persoana care prezintă bâlbâială învaţă să îşi controleze comportamentul şi manifestările emoţionale);
- a treia etapă presupune modificarea, schimbarea modului de a vorbi prin utilizarea unor tehnici cum sunt: pauza (atunci când începe să fie disfluent, vorbitorul face pauză şi reia cuvântul care i-a antrenat episodul de disfluenţă), articularea uşoară a sunetului iniţial, anticiparea cuvântului dificil şi pregătirea pentru articularea acestuia etc.;
- ultima etapă este cea a menţinerii şi generalizării comportamentelor verbale funcţionale.

Scanned with OKEN Scanner

Programul presupune depăşirea propriilor frici, a comportamentelor şi emoțiilor disfuncționale şi înlocuirea acestora cu unele dezirabile.

• **Successful Stuttering Management Program** (Program pentru gestionarea reuşită a bâlbâielii — Breitenfeldt, Lorenz, 2000). Acest program presupune dezvoltarea autocontrolului asupra vorbirii, precum şi dobândirea unor abilități de comunicare funcțională. Un aspect foarte important al programului este generalizarea autocontrolului în situații de viață reală (vorbitul cu persoane străine, vorbitul la telefon, vorbitul în public, participarea şi vorbitul la activități cu presiune temporală, interviuri cu persoane necunoscute pe stradă despre implicațiile şi cauzele bâlbâielii, discuții la magazin etc.).

Programul se adresează tinerilor şi adulților, se derulează pe parcursul a 3,5 săptămâni, se organizează în grupuri cu 8–10 persoane care prezintă bâlbâială, 16 terapeuți şi 3 supervizori. Activitățile se derulează zilnic. Sunt derulate şi activități individuale, iar terapia are loc în contexte reale de viață.

• **Aparatură tehnică (DAF-delayed auditory feedback, AAF-Altered auditory feedback).** Ingham, Moglia, Frank, Ingham, Cordes (1997) au demonstrat că utilizarea unor aparate poate contribui la îmbunătățirea fluenței în vorbire, în contextul bâlbâielii, fie prin alterarea, modificarea feedbackului auditiv, fie prin amânarea în termeni de milisecunde a feedbackului auditiv. Amânarea feedbackului auditiv facilitează şi dobândirea de abilități de prelungire a articulării, cu rol important în reducerea disritmiilor şi a episoadelor de blocaje şi spasme articulatorii.

Concluzionând, Makauskiene (2014), citându-i pe Guitar şi Peters (1998), împarte programele terapeutice în două categorii:

- programe focalizate asupra îmbunătățirii fluenței vorbirii (aceste programe nu abordează componenta afectivă, emoțională din tabloul de bâlbâială);
- programe focalizate asupra modificării/schimbării vorbirii persoanei (aceste programe acordă o atenție deosebită

Scanned with OKEN Scanner

autocontrolului şi îmbunătăţirii abilităţilor de vorbire prin conştientizarea şi gestionarea comportamentelor şi emoţiilor negative).

Aplicaţiile pentru sistemele Android şi iOS sunt alte modalităţi care pot fi utilizate atât în terapia, cât şi în evaluarea şi monitorizarea persoanei cu tulburări de ritm şi fluenţă. Dintre acestea prezentăm pe scurt următoarele:

- **Aplicaţia Fluency Measurement de la Express SLP** pentru dispozitivele cu sistem de operare iOS este un instrument cu ajutorul căruia terapeutul limbajului colectează şi analizează diferite disfluenţe care apar în vorbirea unei persoane. Tipurile de disfluenţe care pot fi înregistrate sunt: repetarea unui sunet/a unei silabe, a unui cuvânt, prelungirea acestora, blocaje, cuvinte fragmentate, fraze repetate şi interjecţii. Aplicaţia permite înregistrarea vorbirii pacientului, apoi terapeutul analizează înregistrarea şi marchează tipul de disfluenţă care apare în vorbire, după care aplicaţia afişează reprezentarea grafică a tipurilor de disfluenţe. Rezultatele pot fi trimise altor specialişti prin intermediul e-mailului sau pot fi păstrate pentru monitorizarea progresului.
- **Aplicaţia Stuttering Helper** a fost elaborată de Janus Development Group, Inc. pentru a oferi informaţii generale despre disfluenţele care apar în vorbire şi prezintă principalele strategii care sunt eficiente în terapie. Aplicaţia este disponibilă pentru dispozitivele cu sistem de operare iOS.
- **Aplicaţiile Cure The Stuttering de la NAMA** pentru dispozitivele cu sistem de operare Android **şi FluencyCoach** de la Jenus Development Group pentru dispozitivele cu sistem de operare iOS permit realizarea efectului de întârziere a emisiei vocale.
- **Speech Pacemaker Lite**, aplicaţie creată de Lorraine Curran îi permite utilizatorului să îşi regleze viteza de citire a unui text cu ajutorul unui stimul vizual şi/sau auditiv. Se poate selecta opţiunea de subliniere a cuvântului-ţintă sau opţiunea de selectare a unui

Scanned with OKEN Scanner

indicator (în cazul nostru o minge) care arată cuvânt de cuvânt, impunând un anumit ritm pronunției. Aplicația permite și accesarea unui metronom.

• **Speed Reader este o aplicație** creată de P. Garrison după metoda Rapid Serial Visual Presentation care îi permite utilizatorului citirea mai rapidă a unor cuvinte. Aplicația poate deschide diferite documente în format .txt, .pdf, .epub, .html, .xml, iar cuvintele apar în mijlocul ecranului în funcție de viteza selectată inițial.

Anca (2005 citându-l pe Van Riper, 1982) delimitează următoarele șase categorii de programe terapeutice pentru bâlbâială:

- programele terapeutice prin sugestie, de distragere a atenției și de persuasiune (programe terapeutice bazate pe tehnici psihologice și psihoterapeutice. În această categorie se înscrie și terapia prin hipnoză);
- programele terapeutice bazate pe relaxare (aceste programe folosesc tehnici de relaxare și de îmbunătățire a controlului respirator);
- programe pentru terapia ritmului și controlul debitului (aceste programe se focalizează asupra modelării respirației, a ritmului, pauzelor și fluenței în vorbire);
- programe bazate pe terapii prin pedeapsă și întărire (pedeapsa a fost folosită din vremuri îndepărtate pentru a se interveni în terapia bâlbâielii. Astfel, persoanele care prezentau bâlbâială erau puse să facă dușuri reci sau li se oferea stimul auditiv cu o intensitate de 100 de decibeli. S-a ajuns la concluzia că pedeapsa nu asigura reușite în demersul terapeutic decât pentru perioade limitate de timp. În aceste condiții pedeapsa a fost înlocuită cu întărirea pozitivă sau chiar cu tehnicile de întărire contrariantă — după episodul de disfluențe terapeutul îmbrățișează persoana care se bâlbâie. Întărirea pozitivă înseamnă și facilitarea articulării prin stabilirea ritmului, articularea primei silabe din cuvânt ca model etc.);

Scanned with OKEN Scanner

- servoterapia (terapia bazată pe amânarea feedbackului auditiv);
- psihoterapia şi terapia de grup (tehnicile psihoterapeutice, în funcție de paradigma căreia i se subsumează, asigură modelarea manifestărilor ascunse ale tabloului de bâlbâială, cu implicații pozitive asupra ritmului, fluenței şi abilităților articulatorii).

Guțu (1974) împarte tehnicile de abordare a bâlbâielii în trei categorii:

- tehnici medicale (necesare în puține dintre cazurile de bâlbâială propriu-zisă);
- tehnicile psihologice (necesare pentru abordarea componentei emoționale, afective din tabloul de bâlbâială);
- tehnicile psihopedagogice (necesare pentru îmbunătățirea deprinderilor respiratorii, articulatorii şi fonatorii).

5. Demers psiholingvistic integrat de evaluare şi intervenție în contextul bâlbâielii — model de bună practică

5.1. Materializarea paradigmei psiholingvistice în abordarea bâlbâielii — aspecte teoretice

Bodea Hațegan, Anca, Prihoi (2012) prezintă un demers complex şi integrat, subsumat paradigmei psiholingvistice de abordare a tabloului de bâlbâială (sunt realizate în acest material şi trimiterile bibliografice la sursele directe consultate, în vederea constituirii acestui demers). Acest demers este focalizat pe surprinderea particularităților structurării lingvistice în contextul bâlbâielii la următoarele niveluri ale limbajului:

- **nivelul foneticofonologic.** La acest nivel al limbajului, persoana care prezintă simptomatologia bâlbâielii poate să manifeste următoarele caracteristici: *disfluențele apar mai ales la nivelul sunetelor explozive (de exemplu: t, d, c, g, b, p)*, atunci când aceste sunete sunt prezente la nivelul primului cuvânt din propoziție

Scanned with OKEN Scanner

şi constituie primul sunet din cuvânt (Wingate, 1988); *disfluențele se pot manifesta mai ales atunci când persoana articulează cuvinte complexe fonologic* (Curlee, Siegel, 1997, Thoneberg, Yairi, Paden, 1994). (Cuvintele care conțin diftongi, triftongi, hiaturi, grupuri consonantice ridică mai mari dificultăți articulatorii în comparație cu acelea care prezintă scriere fonetică, cuvinte în care corespondența fonem-grafem este de unu la unu. Vezi capitolul II din acest volum pentru a consulta o listă cu material lingvistic complex din punct de vedere fonologic); *disfluențele sunt accentuate de lungimea cuvintelor* (cuvintele alcătuite dintr-un număr mare de silabe ridică mai multe dificultăți articulatorii. Este important de subliniat faptul că şi cuvintele scurte, monosilabice, cele care conțin sunete explozive ridică dificultăți articulatorii semnificative); *disfluențele sunt influențate şi de gradul de familiarizare al persoanei cu unitățile lingvistice articulate* (cuvintele familiare ridică mai puține dificultăți articulatorii). În condițiile în care *silabele inițiale sunt primele stocate, acestea sunt reactualizate mai uşor,* ceea ce înseamnă că există un asincronism în reactualizarea silabelor de la nivelul cuvintelor, aspect ce ar putea fi răspunzător pentru prezența secvențelor de disfluențe din tablourile de bâlbâială (Wingate, 1988);

– **nivelul morfologic.** La nivel morfologic al limbajului, persoanele care prezintă bâlbâială întâmpină următoarele dificultăți: *conectorii gramaticali (prepozițiile şi conjuncțiile) sunt unitățile lingvistice la nivelul cărora blocajele, poticnirile şi repetițiile sunt mai puțin întâlnite decât la nivelul unităților lexicale; cuvintele compuse, complexe din punct de vedere morfologic, pot contribui la accentuarea manifestărilor simptomatologice specifice bâlbâielii.* În ceea ce priveşte utilizarea morfemelor lexicale şi gramaticale nu au fost identificate diferențe semnificative între persoanele care prezintă tablouri de bâlbâială şi cele care prezintă o dezvoltare lingvistică tipică. Acest aspect subliniază faptul că evaluarea componentei morfologice a limbajului nu poate asigura prin

Scanned with OKEN Scanner

ea însăşi realizarea unui diagnostic diferenţial între bâlbâială şi alte forme de tulburări de limbaj şi vorbire (Boşcaiu, 1983). Watson, Byrd, Carlo (2011) au arătat existenţa unei covarianţe între nivelul dezvoltării abilităţilor morfologice şi nivelul fluenţei verbale, ceea ce înseamnă că nivelul dezvoltării abilităţilor morfologice se poate constitui într-un bun predictor al apariţiei tulburărilor de ritm şi fluenţă;

- **nivelul lexical.** La acest nivel al limbajului pot fi semnalate următoarele dificultăţi: *cuvintele complexe din punct de vedere semantic pot contribui la accentuarea disfluenţelor* (în condiţiile în care persoana care prezintă bâlbâială întâlneşte cuvinte cu un grad crescut de complexitate semantică, care au înţelesuri multiple, acest aspect poate să accentueze manifestarea simptomatogică); *cuvintele care înglobează un halo afectiv anxiogen pe lângă semnificaţia lor propriu-zisă pot accentua blocajele, poticnirile sau repetiţiile* (persoanele care prezintă bâlbâială au învăţat pe parcursul experienţelor lingvistice că anumite cuvinte le pot rosti mai bine şi că anumite cuvinte le ridică mai mari dificultăţi articulatorii, ceea ce înseamnă că utilizarea fiecărui cuvânt este marcată de o caracteristică emoţională ce poate fi angrenată sau nu de contextul comunicaţional); *volumul vocabularului, gradul de dezvoltare a laturii lexicosemantice influenţează apariţia episoadelor cu disfluenţe.* (Persoanele cu un volum al vocabularului redus au tendinţa să manifeste o simptomatologie specifică bâlbâielii mai accentuată. Acest aspect este specific şi copiilor cu vârsta cuprinsă în intervalul 3–5 ani, interval în care în vorbirea copiilor sunt frecvente disfluenţele nonpatologice, tocmai datorită posibilităţilor lingvistice limitate ale acestora); *gradul de utilizare a cuvintelor poate influenţa frecvenţa şi severitatea disfluenţelor* (Bock, Levelt, 1994);
- **nivelul sintactic.** La acest nivel al limbajului sunt identificate următoarele aspecte de specificitate pentru tablourile de bâlbâială: *lungimea şi complexitatea structurilor lingvistice utilizate*

Scanned with OKEN Scanner

influențează apariția disfluențelor (Curlee, Siegel, 1997): propozițiile scurte sunt cele care facilitează exprimarea verbală fluentă, în timp ce propozițiile lungi, complexe sintactic, angrenează mecanismele psihologice care declanşează, menţin şi exacerbează disfluențele; *gradul de familiarizare a persoanei cu acele structuri lingvistice influențează apariția secvențelor de disfluențe* (cu cât persoana care prezintă bâlbâială are acele secvențe lingvistice mai antrenate, le utilizează mai frecvent, cu atât numărul disfluențelor este mai mic); *disfluențele apar mai ales la nivelul primelor părți dintr-o frază şi la nivelul grupurilor nominale* (Bernstein, 1981).

– **nivelul pragmatic.** Din punct de vedere pragmatic-funcțional aspectele care pot influența frecvența şi intensitatea disfluențelor sunt: *persoanele cu care se comunică* (disfluențele pot fi accentuate atunci când bâlbâiala are un mecanism declanşator în relația cu anumite persoane. Nu sunt excluse de această dată persoanele familiare. Ceea ce înseamnă că în foarte multe dintre situații copiii se bâlbâie ca urmare a presiunii pe care părintele o exercită asupra lor, iar tabloul de disfluențe se reduce semnificativ în absența acestora. Prin urmare nu trebuie să fie surprinzătoare pentru terapeut situația în care copilul ajunge ca în cabinetul logopedic, în prezența terapeutului, să nu manifeste deloc simptomatologia bâlbâielii, în timp ce în afara cabinetului, acasă îndeosebi, în prezența părintelui, disfluențele să fie atât de frecvente şi intense încât să se constituie în reale blocaje, bariere în comunicarea părinte-copil); *în relațiile de comunicare modul în care interlocutorul adresează întrebări, solicită informații, tempoul vorbirii părinților, gradul de complexitate al producțiilor verbale ale acestora sunt factori care pot influența manifestarea simptomatologiei bâlbâielii* (Curlee, Siegel, 1997). (Dacă întrebările interlocutorului permit răspunsul cu unitățile lingvistice anterior exprimate de interlocutor, numărul şi intensitatea episoadelor de disfluențe sunt mai reduse, în timp ce

Scanned with OKEN Scanner

în situația în care interlocutorul adresează întrebări deschise, frecvența disfluențelor, dar și intensitatea acestora sunt semnificativ mai mari); *locul unde are loc secvența de comunicare poate influența într-o mare măsură tabloul disfluențelor* (locurile unde încărcătura emoțională și presiunea temporală sunt accentuate, angrenează și mențin blocajele, repetițiile, disfluențele).

5.2. Demersul de evaluare care materializează paradigma psiholingvistică în contextul bâlbâielii — aspecte practice

Având în vedere aceste date de factură psiholingvistică, precum și specificul demersului de evaluare în tablourile tulburărilor de limbaj și comunicare, propunem următorul demers de evaluare ca modalitate de lucru în contextul bâlbâielii.

Nivelul fonetic-fonologic al limbajului

Pentru evaluarea nivelului fonetic-fonologic al limbajului propunem utilizarea aplicației mobile „Pași prin lumea sunetelor!" (Bodea Hațegan, Talaș, 2015), în vederea identificării posibilelor tulburări articulatorii asociate cu tabloul de bâlbâială, precum și în vederea determinării localizării disfluențelor la nivelul anumitor sunete (sunt relaționate sau nu disfluențele cu sunetele explozive?) și în vederea determinării modului în care disfluențele se asociază cu poziția inițială, mediană, finală a sunetelor din limba română.

Tot în vederea evaluării nivelului fonetic-fonologic al limbajului propunem utilizarea celor trei fișe cu liste de cuvinte prezentate în capitolul II al acestui volum (lista cuvintelor cu scriere fonologică, lista cuvintelor cu scriere fonetică, lista cuvintelor complexe). Cele trei liste pot fi utilizate fie cu solicitarea de a lectura listele, fie cu solicitarea de a repeta după model cuvintele date (vorbire reflectată). Cele două tipuri de cerințe sunt condiționate de vârsta persoanei evaluate și de particularitățile sale diagnostice. Dacă este posibil,

Scanned with OKEN Scanner

cele două cerințe pot fi ambele adresate persoanei evaluate, datele putând fi comparate pentru a surprinde dacă gradul de familiarizare a persoanei cu materialul lingvistic influențează numărul disfluențelor, localizarea acestora şi severitatea manifestării.

În vederea diversificării listelor cu material verbal selectat prin materializarea principiilor lingvistice ale limbii noastre recomandăm utilizarea listelor din Proba de Evaluare şi Antrenare a Fluenței Verbale în Citire — PEAFC (Bodea Hațegan, Talaş, 2014). Prin utilizarea PEAFC, urmând instrucțiunile specifice, se asigură stabilirea numărului de unități lingvistice/minut (acest parametru poate fi un indicator obiectiv al eficienței demersului terapeutic, ceea ce înseamnă că în etapa de preintervenție se realizează o evaluare inițială din acest punct de vedere, pentru ca pe parcursul demersului de intervenție şi în etapa finală a intervenției să se realizeze o evaluare de progres, de monitorizare, care să permită surprinderea în mod obiectiv a implicațiilor programului terapeutic).

Alte modalități de evaluare a componentei fonetic-fonologice a limbajului pot fi:

- utilizarea albumului logopedic în forma clasică;
- utilizarea sarcinilor de fluență fonemică din proba Nepsy (http://www.cognitrom.ro/prezentare_nepsy.html);
- utilizarea sarcinilor propuse de Vrăşmaş şi Stănică (1997).

Nivelul morfologic al limbajului

Pentru evaluarea nivelului morfologic al limbajului propunem utilizarea Lungimii Medii a Enunțului — MLU, ca procedură de evaluare bazată pe colectarea de mostre din limbajul spontan, independent. Procedura este descrisă în detaliu de Hațegan (2010) şi asigură investigarea abilităților morfologice ale persoanei evaluate atât la nivel morfologic (MLU-morfeme presupune contabilizarea numărului de morfeme de la nivelul enunțurilor exprimate), cât şi la nivel lexicosemantic (MLU-cuvinte presupune contabilizarea numărului de cuvinte de la nivelul enunțurilor exprimate).

Scanned with OKEN Scanner

Utilizarea MLU în contextul bâlbâielii asigură:
- determinarea nivelului complexității lingvistice;
- determinarea tipului, frecvenței și severității disfluențelor;
- localizarea disfluențelor (se poate stabili dacă disfluențele apar preponderent la nivelul itemilor lexicali sau la nivelul conectorilor gramaticali).

Componenta morfologică a limbajului la nivel receptiv poate fi evaluată prin utilizarea *Probei de evaluare a abilităților morfologice în limba română*, probă adaptată după Test for Reception of Grammar — TROG (Bodea Hațegan, 2014a). Proba permite stabilirea nivelului comprehensiunii verbale la nivelul laturii morfologice a limbajului. Utilizarea acesteia în contextul bâlbâielii asigură certificarea faptului că disfluențele specifice nu se asociază cu alte tulburări de limbaj și comunicare, iar la acest nivel, mai exact, cu tulburări de limbaj și comunicare cu fenotip morfologic. De asemenea, nivelul achizițiilor morfologice poate fi un bun predictor pentru apariția tablourilor de tulburări de ritm și fluență și chiar bun predictor cu privire la evoluția acestora.

Nivelul lexico-semantic al limbajului

Pentru evaluarea acestui nivel al limbajului propunem, pe lângă utilizarea MLU-cuvinte, și utilizarea probei Crichton. Descrierea detaliată a acestei probe a fost realizată de Anca (2003). Prin proba Crichton se urmărește evaluarea abilităților de comprehensiune verbală, prin sarcini de definire a două liste echivalente de cuvinte. Unitățile lingvistice care compun cele două liste:
- au grade diferite de complexitate semantică (lista conține atât cuvinte cu conținut lexical concret, cât și cuvinte cu conținut lexical abstract);
- aparțin diferitelor categorii gramaticale (substantive, adjective, adverbe, verbe);
- au grade de utilizare diferite (unele sunt mai familiare, uzuale, în timp ce altele sunt mai puțin utilizate în vorbirea curentă).

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere aceste caracteristici, considerăm că utilizarea probei pentru evaluarea particularităților lexicosemantice, în contextul bâlbâielii, poate fi utilă.

Pentru evaluarea acestei componente a limbajului pot fi utilizate şi următoarele sarcini de natură curriculară:

- construirea de familii şi câmpuri lexicale;
- identificarea sinonimului şi antonimului;
- sarcini de identificare a cuvântului care lipseşte din propoziția dată;
- sarcini de definire a omonimelor.

Prin această multitudine de sarcini se poate compensa lipsa de probe şi instrumentar psihopedagogic standardizat pentru evaluarea acestei componente a limbajului.

Nivelul sintactic al limbajului

Acest nivel al limbajului poate fi evaluat prin sarcini de natură curriculară, în limba română nefiind elaborată o probă psihopedagogică care să țintească exclusiv această componentă a limbajului.

În aceste condiții, nivelul sintactic al limbajului poate fi evaluat prin sarcini de:

- ordonarea unor cuvinte date aleatoriu pentru a constitui o propoziție;
- construcție de propoziții după un criteriu dat (utilizând sau nu imagini);
- transformarea propozițiilor simple în propoziții dezvoltate.

Componenta sintactică a limbajului este implicit evaluată şi prin MLU şi proba Crichton (la nivel expresiv), dar şi prin Proba de evaluare a abilităților morfologice în limba română (la nivel receptiv). PEAFC evaluează fluența în citire şi la nivel sintagmatic şi propozițional, ceea ce înseamnă că şi prin utilizarea acestui instrument pot fi colectate date despre structurarea abilităților sintactice.

Nivelul pragmatic al limbajului

Acest nivel al limbajului presupune materializarea celor trei parametri prin care se delimitează actul conversațional:

Scanned with OKEN Scanner

- persoana (interlocutorul);
- momentul când are loc conversația (timpul);
- locul unde are loc schimbul informațional (locul).

Prin urmare, componenta pragmatică a limbajului este componenta cea mai relevantă în contextul tulburării de ritm şi fluență de tip bâlbâială. Această componentă poate fi evaluată prin scala care vizează limbajul pragmatic/funcțional din proba Webster (Anca, 2003). Proba Webster este mai degrabă un instrument de monitorizare, şi nu de evaluare propriu-zisă, ceea ce înseamnă că se adresează mai degrabă copiilor şi sondează aspecte globale, generale, care privesc dezvoltarea.

În afara acestei probe, evaluarea componentei pragmatice a limbajului în contextul bâlbâielii se poate realiza prin:

- sarcini de inițiere, menținere, încheiere a unei conversații pe o anumită tematică;
- rezumarea unui text lecturat;
- construirea unui text pornind de la o anumită temă dată (text descriptiv, narativ, dialogat, injonctiv);
- utilizarea formulelor de salut, de politețe într-o anumită situație;
- ordonarea propozițiilor sub formă de text;
- exprimarea unei păreri legate de un material vizionat sau lecturat;
- identificarea unor soluții pentru rezolvarea unor probleme sociale (de exemplu: Eşti martor la un furt, ce soluții adopți?);
- identificarea şi exprimarea emoțiilor, sentimentelor în diferite situații (de exemplu: Profesoara te-a notat cu 4. Cum te simți?).

Toate aceste sarcini îi asigură evaluatorului posibilitatea de a delimita cu precizie aspectele simptomatologice specifice fiecărui tablou de bâlbâială, referindu-ne la direcțiile de evaluare a componentei pragmatice a limbajului.

Direcții de evaluare integrată

Evaluarea integrată a limbajului se poate realiza prin utilizarea unei scale care surprinde nivelul inteligibilității vorbirii. În

Scanned with OKEN Scanner

acest sens putem menționa *Speech Intelligibility Rating Scale-SIR* (Bakhshaee, Ghasemi, Shakeri, Razmara Tayarani, Tale, 2007; Bodea Hațegan, 2014b), o scală construită pentru evaluarea nivelului inteligibilității persoanelor cu dizabilități auditive purtătoare a unui implant cohlear, dar care poate fi utilizată, cu adaptările necesare, și în contextul bâlbâielii. Prin această scală se poate stabili gradul în care disfluențele reduc inteligibilitatea vorbirii, ceea ce înseamnă că se poate stabili și gradul în care disfluențele pot afecta integrarea socială/școlară a persoanelor care prezintă bâlbâială.

În vederea stabilirii globale a gradului în care disfluențele pot afecta starea de bine a persoanelor care prezintă bâlbâială sugerăm fie utilizarea unor probe standardizate de acest tip, fie adaptarea acestora pentru contextul patologic al bâlbâielii. Partea a treia a fișei de caracterizare logopedică inclusă în acest capitol adresează tocmai acest aspect și încearcă să surprindă implicațiile sociale, școlare ale episoadelor de bâlbâială. Fișa de mai jos li se adresează copiilor. În cazul adulților, aspectele care vizează implicațiile sociale trebuie completate cu informații legate de implicațiile asupra vieții profesionale.

Fișa de caracterizare logopedică cuprinsă în Anexa I a acestui capitol delimitează principalele aspecte surprinse pe parcursul demersului de evaluare propus la acest subpunct, aceasta fiind specific elaborată în vederea identificării principalelor aspecte de nuanță logopedică în contextul bâlbâielii.

DE REȚINUT!

Desigur că aceste date de natură lingvistică și psiholingvistică pot fi completate cu date de natură socială, afectivă, cognitivă, date care pot fi colectate la nivelul echipei care trebuie să abordeze interdisciplinar problematica bâlbâielii în fiecare caz. În acest sens considerăm că abordarea cazurilor de bâlbâială trebuie să se realizeze conjugat, de un terapeut al limbajului și un psiholog (psihoterapeut), aceștia doar împreună având șansa să cuprindă întreaga problematică a tabloului simptomatologic din contextul bâlbâielii.

Scanned with OKEN Scanner

5.3. Demersul de intervenție care materializează paradigma psiholingvistică în contextul bâlbâielii — aspecte practice

Având în vedere direcția de natură psiholingvistică exprimată mai sus, pentru procesul de evaluare din contextul bâlbâielii, schițăm în cele ce urmează un demers de intervenție.

Demersul de intervenție se structurează pe următoarele dimensiuni:

- componenta psihomotorie (motricitatea generală şi fină a aparatului fonoarticulator; respirație; procesări fonologice; memorie auditivă; atenție verbală; structuri senzoriopercep-tive — forme geometrice, culori, mărimi, texturi; orientare spațio-temporală; lateralitate; schemă corporală);
- componenta lingvistică (la nivel fonetic-fonologic, morfolo-gic, semantic, sintactic, pragmatic) în planul limbajului oral şi scris-citit;
- componenta emoțională (factorii psihogeni declanşatori, care întreţin şi accentuează tabloul disfluențelor, tehnicile şi proce-durile de relaxare şi intervenție focalizate pe abilitățile afec-tiv-emoționale).

DE REȚINUT!

Detaliem în cele ce urmează componenta psihomotorie și, în special, componenta lingvistică din programul de intervenție propus, în timp ce pentru abordarea componentei emoționale realizăm câteva trimiteri bibliografice. Acest lucru se datorează faptului că modelul de intervenție se distribuie pe complementaritatea dintre terapeutul limbajului și psi-holog, iar întrucât acesta este un material care se adresează terapeuților limbajului și competențele autorului vizează această arie, considerăm că domeniul emoțional este zona care trebuie externalizată.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 19. Exemplu de program de intervenție în contextul bâlbâielii.

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
Psihomotor	**Motricitatea** generală și fină a aparatului fonoarticulator — se insistă asupra acestei componente pentru a se asigura baza articulatorie și fonatorie. În condițiile în care bâlbâiala este de tip articulator (chiar și în condițiile în care nu este vorba de o bâlbâială propriu-zisă, ci de una cu cauze neurologice), antrenarea abilităților motorii se asociază cu reducerea disfluențelor atât ca frecvență, cât și ca severitate.	– antrenarea musculaturii trunchiului și membrelor inferioare și superioare. – antrenarea musculaturii componentelor active ale aparatului fonoarticulator (musculatura feței, buze, limbă, văl palatin, maxilar inferior). Exercițiile de antrenare motorie se asociază cu exercițiile pentru antrenarea respirației și au ca rol specific, implicit, în contextul bâlbâielii și asigurarea detensionării, relaxării.	– exerciții de antrenare a musculaturii trunchiului (mișcări de aplecare, întindere, mișcări realizate și cu diferitele aparate care pot fi prezente în cabinetul de kinetoterapie), a membrelor inferioare (educarea mersului, asocierea mișcărilor membrelor inferioare cu mișcări ale trunchiului și ale membrelor superioare) și a membrelor superioare (exerciții de relaxare a musculaturii mâinilor, de antrenare a degetelor etc.). – exerciții pentru antrenarea mobilității limbii, vălului palatin, buzelor, musculaturii faciale, maxilarului inferior.	– exercițiul; – demonstrația; – problematizarea, – aparatele din cabinetul de kinetoterapie; – camera de stimulare multisenzorială; – coarda elastică, mingi; – bazine cu apă și bile; – instrumente de scris și pictură; – conversația; – explicația; – oglinda logopedică; – spatule logopedice; – mulaje și profiluri de pronunție; – aplicația SmallTalk Oral Motor Exercices; – oglinda logopedică; – trusa pentru stimulare și mobilizare orofacială de la ArkTherapeutic sau periuța electrică.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	Respirație Se insistă asupra câștigării echilibrului dintre inspir și expir, precum și asupra creșterii volumului respirator, mai ales atunci când bâlbâiala este respiratorie și fonatorie. Exercițiile de respirație sunt exersate atât nonverbal, cât și verbal, cu scopul antrenării, fluidizării vorbirii și dezvoltării abilităților care să asigure fluența articulatorie.	– diferențierea respirației orale de respirația nazală; – creșterea volumului respirator; -coordonarea inspirului cu expirul; – prelungirea expirului; – creșterea preciziei respiratorii;	Sunt derulate activitățile clasice de antrenare a respirației (vezi capitolele III și VI din acest volum, Bodea Hațegan, 2013). Pe lângă acele exerciții se urmărește echilibrul dintre inspir și expir prin coordonarea grupelor musculare de la nivel abdominal și toracal. **Exemplu de exercițiu: copilul stă întins pe spate și are** așezate pe abdomen și cutia toracală două obiecte, sarcina acestuia fiind să inspire și să expire, urmărind ca obiectele să realizeze mișcări simultane, coordonate. Exercițiul se poate face și cu adulți, cu sau fără utilizarea obiectelor, pentru a asigura sincronismul respirator. Exercițiile de prelungire a inspirului în raport cu expirul se asociază cu pronunția ritmată, cu o atenție deosebită pentru modelarea intonației (Boșcaiu, 1983).	– spirometrul; – metronomul; – instrumente muzicale de suflat; – jocul Turbino, – aplicațiile Free Candle, Magic Candel, Bloww... Balloon; – lumânarea; – balonașe de săpun etc.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
			– exerciții de antrenare nonverbală și verbală a respirației; – exerciții de dirijare alternativă a undei de aer respirator prin cavitatea bucală și nazală; – exerciții de inspir și expir asociate sau nu cu activitatea motorie; – exerciții de prelungire a inspirului.	
	Memorie auditivă și atenție verbală. Exercițiile care vizează antrenarea abilităților mnezice și atenționale în contextul bâlbâielii asigură un control mai eficient al producției verbale și al protejării acesteia de stimulii distractori din jur. Latența în tablourile de bâlbâială este mai crescută, scăderea acesteia fiind dependentă de abilitățile mnezice și atenționale; latența de inițiere verbală poate varia de la 0,79 s, la 7–9 s, fiind dependentă și de gradul de complexitate sintactică (Curlee, Siegel, 1997).	– antrenarea abilităților de percepție auditivă; – antrenarea abilităților de reproducere a modelului auditiv perceput; – antrenarea abilităților de localizare și identificare a stimulilor sonori; – antrenarea abilităților de discriminare și diferențiere auditivă.	– exerciții de reprodus serii de silabe, cuvinte, propoziții, în sens direct sau invers; – exerciții de reprodus serii de cifre în sens direct sau invers; – exerciții de ascultare a unor cântecele, povestioare și de rezumare a acestora sub aspectul firului narativ pe care sunt construite; – exerciții de localizare și identificare a sursei sonore; – exerciții de diferențiere auditivă;	– exercițiul; – problematizarea; – stimuli sonori, – cântecele și povestiri; – liste cu material verbal și liste cu cifre.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	Procesări fonologice	Se realizează exerciții de antrenare a conștiinței fonologice și a auzului fonematic. Având în vedere faptul că persoanele care prezintă bâlbâială au dificultăți de a articula preponderent sunetele explozive aflate în poziție inițială în cuvânt, se insistă asupra dezvoltării abilităților de identificare și diferențiere auditivă, în vederea facilitării pronunției.	– exerciții de detecție, discriminare; identificare și comprehensiune de sunete, cuvinte, propoziții; – exerciții de identificare și reproducere după model de structuri ritmice, onomatopeice; – exerciții de diferențiere și identificare a sunetelor muzicale; – exerciții de generare de cuvinte după un anumit model; – exerciții de identificare și generare de rime; – exerciții de diferențiere a structurilor paronimice etc.	– exercițiul; – demonstrația; – problematizarea; – jocul de rol; – discul logopedic; – stimuli sonori; – cărți cu poezioare; – cântecele; – instrumente muzicale; – softuri educaționale; – liste cu material verbal.
	Structuri senzoriopercepti-ve, orientare spațiotemporală, lateralitatea, schema corporală. Parcurgerea acestei etape în contextul bâlbâielii are rolul de stimulare cognitivă, precum și rolul de exersare a abilităților de comunicare funcțională. Prin urmare,	– antrenarea abilităților de diferențiere și identificare a formelor geometrice, culorilor, mărimilor, texturilor; – antrenarea abilităților de orientare spațiotemporală; – identificarea componentelor schemei corporale; – fixarea lateralității.	– exerciții de denumire a figurilor geometrice, culorilor, texturilor, a pozițiilor spațiale, a elementelor care asigură reper temporal, a părților corpului, a direcției de orientare; – exerciții de completare de imagini, de identificare a componentei lipsă;	– exercițiul; – explicația; – demonstrația; – figuri geometrice; – creioane colorate, hârtie colorată; – păpușele sau alte jucării etc.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	această etapă din programul de intervenție nu are o specificitate foarte crescută pentru tablourile de bâlbâială, ci asigură antrenarea abilităților comunicaționale în mod integrat.		– exerciții de asociere a elementului spațial cu cel temporal etc. (vezi capitolele III și VI ale acestui volum, pentru detalierea etapei).	
Lingvistic-oral și scris	**fonetic-fonologic** Din punct de vedere logopedic, în această etapă se continuă cu ceea ce s-a început în etapa antrenării procesărilor fonologice. Prin urmare, se insistă asupra pronunției corecte a sunetelor și fluidizării articulării. Chiar dacă în cazul bâlbâielii nu sunt dificultăți efective de articulare, antrenarea acestui nivel al limbajului contribuie la creșterea fluenței verbale și reducerea frecvenței și severității blocajelor și/sau repetițiilor.	– articularea corectă a fiecărui sunet din limba română; – utilizarea sunetelor la nivel silabic și la nivel de cuvânt (se insistă asupra pronunției fluente); – diferențierea sunetelor similare ca loc de articulare și mod de producere; – antrenarea pronunției cuvintelor care au în poziție inițială sunete explozive; – antrenarea unor cuvinte complexe fonologic și care au lungime crescută.	Exercițiile vizează antrenarea articulării fluente, reducerea blocajelor articulatorii și/sau frecvența repetițiilor. Având în vedere specificul tulburărilor de la nivel fonetic-fonologic, exercițiile propuse vin să fie delimitate ținându-se cont de ceea ce este specific în tabloul de bâlbâială: – explozivele sunt mai problematice (mai ales când se află la început de cuvânt); – cuvintele lungi, complexe fonologic ridică mai multe dificultăți articulatorii, la fel și cuvintele mai puțin familiare.	– exercițiul; – demonstrația; – jocul de rol; – oglinda logopedică; – metoda prelungirii vocalelor (Boșcaiu, 1983); – metoda analizei mostrelor de limbaj pentru identificarea disfluențelor și localizarea acestora în fluxul vorbirii; – metoda silabisirii (Boșcaiu, 1983); – profiluri de pronunție și softuri educaționale; – liste cu material verbal; – aplicația „Pași prin lumea sunetelor!" (Bodea Hațegan, Talaș, 2015).

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	morfologic	– antrenarea abilităților de utilizare a conectorilor gramaticali (prepoziții, conjuncții); – antrenarea acordului gramatical (substantiv-adjectiv, substantiv-verb); – antrenarea utilizării prefixelor și a sufixelor.	Exercițiile derulate în această etapă se focalizează asupra conturării unor abilități morfologice funcționale, având în vedere faptul că nivelul abilităților morfologice poate fi un bun predictor pentru structurarea unui ritm adecvat vorbirii. Chiar dacă morfemele constituie o clasă închisă de unități lingvistice (numărul acestora este redus), iar disfluențele înregistrate sunt mai puțin specifice acestora (Boșcaiu, 1983), exercițiile care vizează și această dimensiune lingvistică au ca țintă finală creșterea fluenței verbale și reducerea numărului disfluențelor. Exemple de exerciții din această etapă: – exerciții de derivare a cuvintelor cu sufixe și prefixe; – exerciții de realizare a acordului gramatical; – exerciții de completare a spațiilor punctate cu formele gramaticale adecvate;	– fișe de lucru; – liste cu material verbal; – probe și sarcini curriculare; – se poate utiliza Proba de evaluare a abilităților morfologice în limba română (Bodea Hațegan, 2014a), cu valoare formativă.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
			– exerciții de identificare a imaginilor corespunzătoare enunțurilor date.	
	semantic Pentru persoana care prezintă bâlbâială fluidizarea exprimării verbale orale și scrise prin creșterea numărului unităților lexicosemantice din vocabularul activ și pasiv are la bază creșterea abilităților de actualizare și selecție a cuvintelor care urmează a fi folosite (atât la nivelul limbajului scris, cât și la nivelul limbajului oral).	– extinderea numărului unităților lexicosemantice din vocabularul activ și pasiv; – dezvoltarea abilităților de constituire a familiilor lexicale și a câmpurilor lexicosemantice; – dezvoltarea abilităților de utilizare a unităților lexicosemantice, în acord cu conținuturile acestora.	– exerciții de construire de familii lexicale și câmpuri lexicale; – exerciții de completare a spațiilor lacunare cu cuvintele adecvate; – exerciții de definire a cuvintelor; – exerciții de denumire a obiectelor concrete sau reprezentate prin imagini; – exerciții de identificare a sinonimului și antonimului; – exerciții de definire a omonimelor; – exerciții de selectare a cuvântului potrivit enunțului dat; – exerciții de asociere a imaginii cu cuvântul potrivit și a cuvântului cu imaginea adecvată; – exerciții de construire a formelor diminutivale și augmentative, pornind de la baza lexicală dată etc.	– exercițiul, – explicația, – imagini și cartonașe cu cuvinte scrise, – liste cu cuvinte, – probe și sarcini curriculare; – fișe de lucru; – obiecte concrete.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	sintactic Sintagma este acea alăturare de două unități lexicale între care există o relație gramaticală (Neamțu, 2009). Această etapă are rolul de a reduce disfluențele în relație cu creșterea unităților de la nivelul propozițiilor și utilizarea unui material lingvistic complex.	– antrenarea abilităților de constituire a sintagmelor și propozițiilor; – antrenarea abilităților de pronunție a unei sintagme sau propoziții pe un singur inspir; – antrenarea pronunției sintagmelor și a propozițiilor cu intonație.	– exerciții de construcție a sintagmelor și propozițiilor materializând anumite criterii; – exerciții de lecturare a propozițiilor și de asociere cu imaginea corespunzătoare; – exerciții de reproducere după model și/sau citire a unor sintagme și propoziții; – exerciții de completare a unor propoziții cu elemente lipsă și pronunția acestora respectând particularitățile prozodice etc.	– exercițiul; – explicația; – demonstrația; – problematizarea; – fișe de lucru; – liste cu material verbal; – cartonașe cu imagini.
	pragmatic Antrenarea nivelului pragmatic al limbajului presupune manipularea celor trei dimensiuni ale actului comunicațional: loc, persoană, timp. Pentru ca antrenarea abilităților comunicaționale pragmatice să se realizeze în mod adecvat se propune derularea acestei	– antrenarea abilităților de exprimare verbală fluentă la nivel discursiv și textual (ca modalitate de obiectivizare a progresului se poate înregistra/stabili fluența în citire sau vorbire într-un minut); – antrenarea abilităților de a iniția, menține și încheia o conversație cu persoane familiare și nefamiliare;	– exerciții de construire de texte pe o temă dată (sub formă descriptivă, dialogată, narativă, injonctivă); – exerciții de citire a unui text și de a răspunde la întrebări pe marginea acestuia; – exerciții de povestire a unei întâmplări, a unui film și repovestire a unei povești audiate sau lecturate;	– exercițiul; – demonstrația; – explicația; – problematizarea; – jocul de rol; – cărți de povești, set de imagini; – set de texte; – fișe de lucru; – probe curriculare;

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
	etape din terapia logopedică și în afara cabinetului (la magazin, pe stradă, în parc), sarcina persoanei care prezintă bâlbâială fiind aceea de a solicita informații de la persoanele necunoscute sau de a le oferi acestora informații. Terapeutul are rolul de a facilita și monitoriza exprimarea verbală a persoanei aflate în terapie.	– antrenarea abilităților de descriere a unei imagini, povestire a unei întâmplări sau repovestire a unei povești citite sau ascultate; – antrenarea abilităților de a răspunde la întrebări; – antrenarea abilităților de a descrie propriile sentimente, emoții; – antrenarea abilităților de exprimare în public.	– exerciții de conversație liberă; – exerciții de lecturare a unor texte cu intonație, într-o unitate de timp; – jocuri cu frământări de limbă; – exerciții de reproducere a cântecelor și poeziilor după model sau redarea acestora în mod independent/autonom; – jocuri de rol; – exerciții de antrenare a abilităților comunicațional-funcționale prin intermediul poveștilor sociale (Okada, Ohtake, Yanagihara, 2010).	– proba PEAFC (Bodea Hațegan, Talaș, 2014); – reportofonul; – metoda analizei mostrelor de limbaj; – metoda poveștilor sociale; – cronometrul.

Scanned with OKEN Scanner

Domeniul de intervenție	Subdomeniul de intervenție	Obiective	Exemple de activități	Resurse procedurale și materiale
Afectiv-emoțional	– identificarea emoțiilor; – conștientizarea reacțiilor emoționale și controlul reacțiilor neurovegetative; – interpretarea contextului din punct de vedere emoțional; – reducerea conflictelor și a stărilor de tensiune; – reducerea situațiilor în care disfluențele sunt accentuate prin feedbackul negativ din partea mediului; – schimbarea atitudinii persoanei în cauză și a celor din mediu față de episoadele de disfluențe (desensibilizarea).	Pentru a răspunde nevoii de abordare terapeutică a componentei afectiv-emoționale care ocupă o pondere semnificativă în economia simptomatologiei bâlbâielii se poate recurge la următoarele tehnici, proceduri și metode de lucru (Boșcaiu, 1983; Anca, 2005; Moldovan, 2006; Moldovan, Roșan, 2015): – ludoterapia (pentru copii) și terapia ocupațională (pentru adulți); – psihoterapia individuală; – psihoterapia de grup; – psihoterapia familiei; – psihoterapia de relaxare; – psihoterapia prin sugestie; – psihoterapia cognitiv-comportamentală; – psihoterapia prin acceptare și angajament; – tehnicile de desensibilizare a persoanei care se bâlbâie (desensibilizarea este procesul prin care persoanele devin mai puțin afectate de tulburarea cu care se confruntă — Van Riper, 1973, Manning, 2010); – farmacoterapia; – utilizarea tehnicilor de amânare a feedbackului auditiv (DAF — delayed auditory feedback, AAF — altered auditory feedback).	

Scanned with OKEN Scanner

6. Abordare conclusivă

Tulburările de ritm şi fluenţă, în general, şi bâlbâiala, în special, sunt forme complexe ale patologiei limbajului verbal, cu manifestare atât în planul limbajului oral, cât şi în planul limbajului scris-citit.

Procesul de evaluare şi intervenţie, mai ales în contextul bâlbâielii, este marcat de un puternic caracter sincretic, acesta bazându-se pe informaţii multidisciplinare şi transdisciplinare, ceea ce face ca această tulburare să fie abordată cu succes la nivelul unei echipe de terapeuţi (terapeut al limbajului, psiholog, psihoterapeut), o echipă din care părinţii, aparţinătorii nu pot să lipsească, rolul acestora fiind deopotrivă important.

Bibliografie

Anca, M. (2003). *Metode şi tehnici de evaluare a copiilor cu CES*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecţii*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Aronson, A., Bless, D. (2009). *Clinical Voice Disorders*, ediţia a patra, Thieme New-York, USA: Medical Publishers, Inc.

Ayre, A., Wright, L. (2009). WASSP: An international review of its clinical application, *International Journal of Speech-Language Pathology*, Volume 11, Issue, 1, 83–90.

Bakhshaee, M., Ghasemi, M., Shakeri, M., Razmara, N., Tayarani, H., şi Tale, M. (2007). Speech development in children after cochlear implantation. *European Archives Of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal Of The European Federation Of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated With The German Society For Oto-Rhino-Laryngology — Head And Neck Surgery*, 264(11), 1263–1266.

Bennett, E.M. (2006). *Working with people who stutter: a lifespan approach*. New Jersey: Pearson Education Inc.

Scanned with OKEN Scanner

Bernstein, N.E. (1981). Are there constraints on childhood disfluency? *Journal of Fluency Disorders*, 6, 341–350.

Boberg, E., Kully, D. (1985). *Comprehensive Stuttering Program*, San Diego, Ca: College-Hill Press.

Bock, K., Levelt, W. (1994). Language production: Grammatical encoding, în M. Gernsbacher (coord.) *Handbook of psycholinguistics*, San Diego: Academic Press, pp. 945–978.

Bodea Hațegan, C. (2014a). *Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice*, E-book, Cluj-Napoca: Editura Argonaut.

Bodea Hațegan, C. (2014b). Abordări psihopedagogice în contextul implantării cohleare bilaterale, în Bodea Hațegan, C. (coord.) (2014). *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, pp. 9–19.

Bodea Hațegan, C. (în curs de apariție). *Battarismul — caracteristici și direcții de diagnostic diferențial*, Cartea Albă a Psihopedagogiei speciale, Departamentul de psihopedagogie specială: Cluj-Napoca.

Bodea Hațegan, C., Anca, M., Prihoi L. (2012). Stuttering-Psycholinguistic approach, *Acta Didactica Napocensia*, revistă on-line, vol. 5, nr. 1/2012, pp. 75–84.

Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (2015). *Aplicația Pași prin lumea sunetelor!*, https://play.google.com/store/apps/details?id=ppls.pps.com.ppls&hl=en.

Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (coord.) (2014). *Fluența verbală. Direcții teoretice și aplicații psihopedagogice*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C., Talaș, D., But, A. (2014). Reading Fluency in Romanian Children with Language Related Learning Disabilities, *Transylvanian Journal of Multidisciplinary Research in Humanities Philobiblon*, vol. XIX, 2 (2014), 381-396.

Bodea Hațegan. C. (2013). *Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Boșcaiu, E. (1983). *Bâlbâiala. Prevenire și tratament*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

Scanned with OKEN Scanner

Breitenfeldt, D.H., Lorenz, D.R. (2000) *Successful stuttering management program (SSMP) For Adolescent and adult stutterers* (a doua ediție). Cheney, WA: Eastern Washington University.

Brutten, G.J., Dunham, S.L. (1989). The communication attitude test: a normative study of grade school children, *Journal of Fluency Disorders*, Volume 14, Issue 5, 371–377.

Cook, F., Botterill, W. (2005). Family-based approach to therapy with primary school children: „throwing the ball back". În R. Lees and C. Stark (coord.). *The Treatment of Stuttering in the Young School-aged Child*. London: Whurr.

Curlee, R.F., Siegel, G.M. (1997). *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*, ediția a doua, Boston: Allyn & Bacon.

De Nil, L.F. (1999). *Stuttering: A Neurophysiological perspective.* In N.B Ratner and E.C. Healey (eds.), *Stuttering Research and Practice: Bridging the Gap*, Malwach NY: Laurence Erlbaum.

De Nil, L.F., Brutten, G.J. (1991). Speech-Associated Attitudes of Stuttering and Nonstuttering Children, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 34, 60–66. doi:10.1044/jshr.3401.60.

Guțu, M. (1974). *Logopedie*. Curs Litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2009). *Modalități de evaluare şi dezvoltare a competenței morfologice*, teză de doctorat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hațegan, C. (2010). „Evidențierea complexității producțiilor verbale prin stabilirea lungimii medii a enunțului", în Anca, M. (2010). *Psihopedagogia specială între practică şi cercetare*, vol. III, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Healey, E. C. (2012). *The Cognitive, Affective, Linguistic, Motor, and Social (CALMS) Assessment For Children Who Stutter*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska-Lincoln.

Healey, E.C., Trautman, S.L., Susca, M. (2004). Clinical applications of a multidimensional model for the assessment and treatment of stuttering. Special Issue on fluency disorders, *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 40–48.

Scanned with OKEN Scanner

Ingham, J.C. (1999). Behavioral treatment of young children who stutter. An Extended Length of Utterance method. În R. Curlee (coord.), *Stuttering and related disorders of fluency* (a doua ediție) (pp. 80–109). New York: Thieme.

Ingham, R.J., Moglia, R.A., Frank, P., Ingham, J.C., Cordes, A.K. (1997). Experimental investigation of the effects of frequency-altered auditory feedback on the speech of adults who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40 (2): 361–72. doi:10.1044/jslhr.4002.361.

LaSalle, L.R., Wolk, L. (2011). Stuttering, cluttering, and phonological complexity: Case studies, *Journal of Fluency Disorders*, 36, 285–289.

Makauskiene, V. (2014). *Stuttering intervention: multidimensional approach*, presentation held during the training course organized within the framework of the ERASMUS Project „Bridges for ideas and practices", Bulgaria, 22–31 august 2014.

Manning, W.H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders*. NY, Delmar: Clifton Park, Cengage Learning.

Moldovan, I, Roşan, A. (2015). „Bâlbâiala — modele de evaluare şi intervenție", în Roşan, A. (coord.) (2015). *Psihopedagogia specială. Evaluare şi intervenție*, Iaşi: Polirom.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Neamțu, G.G. (2009). *Limba română contemporană — morfologia*, curs universitar la Facultatea de Litere, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Okada, S., Ohtake, Y., Yanagihara, M. (2010). Improving the manners of a student with autism: The effects of manipulating perspective holders in social stories — A pilot study, *International Journal of Disability, Development, and Education*, 57(2), 207–219.

Onslow, M., Packman, A., Harrison, E. (2003). The Lidcombe program of early stuttering intervention. *Overview of the Lidcombe program* (pp. 3–15). Austin, TX: PRO-ED.

Ornstein, A.F., Manning, W.H. (1985). Self-efficacy scaling by adult stutterers, *Journal of Communication Disorder*, 18(4): 313–20.

Scanned with OKEN Scanner

Rondal, J. A., Seron, X. (1999). *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Hayen, Sprimont (Belgique): Mardaga.

Runyan, C.M., Runyan, S.E. (1986). A fluency rules therapy program for young children in the public schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 17, 276–284.

Ryan, B.P. (2006). *Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance (GILCU)*. Descărcat în data de 30 september 2014 de pe http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/TherapyWWW/gilcu.html

Shenker, R.C. (2005). *Evidence based treatment of school aged stutterers*. Descărcat în data de 15 september 2014 de pe http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/

Smith, A. (1999). *Stuttering: A Unified Approach to a Multifactorial, Dynamic Disorder*, in N.B Ratner and E.C. Healey (coord.), *Stuttering Research and Practice: Bridging the Gap*, Malwach NY: Laurence Erlbaum.

Thomas, C., Howell, P. (2001). *Assessing efficacy of stuttering treatments. Journal of Fluency Disorders*. 26: 1-23. Descărcat în data de 22 septembrie 2014 de pe http://www.speech.psychol.ucl.ac.uk/lectures/C525/efficacy.html

Throneberg, R., Yairi, E., Paden, E. (1994). Relation between phonological difficulty and the occurence of disfluencies in the early stage of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 504-509.

Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenţii logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Watson, J.B., Byrd, C.T., Carlo, E.J. (2011). Effects of Length, Complexity and Grammatical Correctness on Stuttering in Spanish-Speaking Preschool Children, *American Journal of Speech –Language Pathology*, vol. 20, 209–220.

Wingate, M. E. (1988). *The structure of stuttering: A psycholinguistic analysis*, New York: Springer-Verlag.

Scanned with OKEN Scanner

Yairi, E., Ambrose, N.G. (2005). *Early childhood stuttering.* Austin, TX: Pro-Ed.

Yairi, E., Seery, C. (2014). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications,* edția a doua, Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment, *Journal of Fluency Disorders,* 31 (2006), 90–115.

Yaruss, S. (2014). *Home Charting Exercices,* găsit în data de 12.10.2014, pe http://www.stutteringcenter.org/Forms/SCWP%202014%20Home%20Charting%20Exercise.pdf

XXX (2004). *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF),* OMS Geneva. Organizația Mondială a Sănătății, Bucureşti: MarLink.

XXX, (2015). *Speech Disfluency Count Sheet,* descărcat în data de 15.10.201 de pe http://www.stutteringcenter.org/Forms/SCWP%202014%20Count%20Sheet.pdf.

XXX, (2015). *Stuttering Center News, ACES: New Stuttering Assessment Tool,* descărcat în data de 18.11.2015 de pe http://www.stutteringcenter.org/Newsletters/Stuttering-Center-News-2004–12.pdf.

XXX, (2015). *The Stuttering Foundation. Cluttering.* retrieved in 10.09.2015, from http://www.stutteringhelp.org/cluttering.

www.StutteringCenter.org

http://arslpedconsultant.com/documents/Handouts%20ABCs%20of%20Stuttering/CAT-R.pdf

http://www.stutteringhelp.org

http://www.stammeringcentre.org/

https://itunes.apple.com/us/app/fluency-measurement/id858919861

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.speedreader&hl=en

https://itunes.apple.com/us/app/stuttering-helper/id578182856?mt=8

https://play.google.com/store/apps/details?id=jp.ne.nama.android.curethestutteringfree&hl=en

Scanned with OKEN Scanner

http://www.fluencycoach.com/download.php
https://itunes.apple.com/us/app/speech-pacesetter-lite/id593972718?mt=8
http://www.d.umn.edu/~cspiller/stutteringpage/stuttindex.html
http://www.ksha.org
http://www.cognitrom.ro/prezentare_nepsy.html
http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en
http://calmsstuttering.com/.

Scanned with OKEN Scanner

Anexa I. Fișă de examinare logopedică (pentru utilizare în contextul bâlbâielii) (propusă de Bodea Hațegan, 2015)

Numele copilului: .....
Data nașterii: .....
Data evaluării: .....

I. DATE ANAMNESTICE PERSONALE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. DATE DESPRE ISTORICUL FAMILIEI

Există în familie un istoric cu privire la tulburările de ritm și fluență?

.....
.....

III. ÎNTREBĂRI GENERALE ADRESATE PĂRINTELUI/APARȚINĂTORULUI

Vă rog să îmi spuneți câteva lucruri despre copilul dumneavoastră (despre interesele lui, preocupările acestuia, despre cum se manifestă acasă, la școală).

.....
.....
.....

Care au fost primele semne de manifestare a bâlbâielii?

.....
.....

Care credeți că a fost cauza care a declanșat bâlbâiala?

.....
.....

Au apărut modificări/schimbări în manifestarea episoadelor de bâlbâială de-a lungul timpului?

.....
.....

Cât de des apar episoadele de disfluență și cum se manifestă (gradul de severitate, durata)?

.....
.....

Scanned with OKEN Scanner

Înțelegeți vorbirea copilului dumneavoastră?

.....

.....

Persoanele din jur înțeleg vorbirea copilului dumneavoastră?

.....

Este copilul deranjat de prezența episoadelor de bâlbâială?

.....

.....

Cum se manifestă copilul atunci când apar episoadele de bâlbâială?

.....

.....

Prezintă copilul tendința de a se izola, de a nu comunica sau de a nu participa la diferite activități sociale, din cauza tulburării cu care se confruntă?

.....

.....

Ați observat dacă vorbirea copilului este mai disfluentă în anumite situații sau în prezența unei anumite persoane?

.....

.....

Cum își caracterizează/apreciază copilul vorbirea?

.....

.....

Vorbiți cu copilul dumneavoastră despre tulburarea cu care se confruntă?

.....

.....

Cum reacționați când apar episoadele de bâlbâială și cum încercați să îl ajutați?

.....

.....

Copilul a mai beneficiat de terapie logopedică, pentru cât timp și care au fost rezultatele obținute?

.....

.....

III. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII LIMBAJULUI ORAL

Tulburări de limbaj asociate .....

Lungimea medie a enunțului (MLU). .....

Inteligibilitatea vorbirii (SRI) .....1.....2.....3.....4.....5

Fluența în vorbire .....1.....2.....3.....4.....5

Tipuri de disfluențe:

Blocaje .....

Repetiții de sunete .....

Repetiții de silabe .....

Repetiții de cuvinte .....

Repetiții de propoziții .....

Prelungiri .....

Omisiuni .....

Scanned with OKEN Scanner

Distorsiuni .....
Sunete parazitare/interjecții .....
Revizuiri .....
Gesturi și mișcări asociate .....
Reacții neurovegetative (înroșire, transpirație etc.) .....
Alte manifestări .....
Severitatea disfluențelor ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 5
Frecvența disfluențelor ..... 1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 5
Durata disfluențelor ..... mai puțin de 10 s ..... 10 s ..... 20 s ..... mai mult de 20 s

IV. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII LIMBAJULUI SCRIS

Abilitățile grafomotorii: .....
Abilitățile de citire: .....
Comprehensiunea în citire: .....
Fluența în citire (numărul de cuvinte/minut) .....

V. DATE COLECTATE ÎN URMA EVALUĂRII ABILITĂȚILOR MATEMATICE

Numerația: .....
Calcul matematic: .....
Rezolvarea de probleme: .....

Diagnosticul logopedic: .....
Cauze presupuse: .....

Numele examinatorului:
Data evaluării:
Semnătura:

Scanned with OKEN Scanner

Afazia. Delimitări simptomatologice, direcții de evaluare și intervenție

1. Delimitări conceptuale

Afazia reprezintă o tulburare de limbaj cu substrat neurologic, o tulburare care apare în urma unei leziuni cerebrale cu manifestare complexă (Voinescu, Gheorghiță, 1978):

- *tulburări la nivel de receptare a limbajului oral* (tulburări care pot prezenta grade de severitate diferite, de la tulburări de procesare auditivă, tulburări de percepție auditivă până la imposibilitatea integrării auditive);
- *tulburări la nivel de receptare a limbajului scris* (aceste tulburări se pot manifesta în grade de severitate diferite, astfel că bolnavul afazic poate să aibă dificultăți în decodarea literelor, în citirea fluentă, în citirea cursivă sau în înțelegerea celor citite);
- *tulburări la nivel de exprimare verbală* (aceste tulburări se pot manifesta în diferite forme, astfel că pot să apară dificultăți semnificative articulatorii, de coarticulare, tulburări de ritm și fluență în producerea verbală, dificultăți de coordonare a grupelor musculare implicate în actul lingvistic, imposibilitate articulatorie etc.);
- *tulburări de exprimare verbală scrisă* (tulburări grafo-motorii cu o intensitate și un grad de severitate variabile, până la imposibilitatea scrierii, din cauza consecințelor asociate ale leziunilor cerebrale, anume parezele);

Scanned with OKEN Scanner

- *tulburări de calcul matematic* (aceste tulburări se manifestă în variate forme, dezintegrarea funcțiilor cognitive conducând la abilități matematice limitate, la imposibilitatea în anumite cazuri a calculului matematic, la dificultăți de grade diferite în rezolvarea de probleme etc.);
- *tulburări motorii generalizate, tulburări praxice* (aceste tulburări presupun o organizare vizual-spațială deficitară, coordonare musculară disfuncțională, abilități limitate de mișcare grosieră și fină etc.).
- *tulburări ale gnoziei* (agnozia este o tulburare de recunoaștere, de identificare, cauzată de afectarea zonelor senzoriale cerebrale sau a căilor nervoase aferente. Webb și Adler (2008) disting între agnozia vizuală — imposibilitatea de recunoaștere a obiectelor, culorilor sau imaginilor; agnozia auditivă — lipsa de înțelegere a ceea ce aude, fie sunete, fie foneme; agnozia tactilă — incapacitatea de recunoaștere a obiectelor pe baza informației tactile; aceasta este dată de afectarea bilaterală a lobului parietal; sindromul Gerstmann — acesta include agnozia digitală, orientare deficitară stânga-dreapta, acalculie, agrafie și se asociază, de obicei, cu leziunea părții stângi a lobului parietal);
- *tulburări de natură psihologică* (de la manifestări emoționale necontrolate, nevrotice, la psihoze și la alte forme de afectare a vieții psihice, cu grade de severitate diferite).

O altă definiție formulată pentru afazie este următoarea: afazia este tulburarea de limbaj caracterizată prin apariția bruscă a unei leziuni la nivelul sistemului nervos central — SNC, după constituirea limbajului verbal (Rondal, Seron, 1999; Anca, 2005).

Prin analiza etimologică a cuvântului „afazie" se poate delimita specificul tulburării, anume *a* (lipsă, fără, non) și *phasia* (limbaj, vorbire, sunete), ceea ce înseamnă că afazia delimitează o formă severă de tulburare de limbaj și comunicare, unde poate să fie identificată chiar imposibilitatea producerii limbajului.

Scanned with OKEN Scanner

Anca (2005) delimitează cele două direcții distincte de abordare, aspectul neurologic (leziune cerebrală) şi aspectul psiholingvistic (tulburare de limbaj) în contextul tulburării afazice.

a) Aspectul neurologic. Prin acest aspect se distinge tulburarea afazică, drept tulburare ce apare pe fond neurologic, de alte forme de tulburări polimorfe de limbaj. Manifestarea patologică în tabloul afazic este dependentă de locul unde are loc leziunea cerebrală (emisfera dreaptă, emisfera stângă, afectare cerebrală globală). Rondal şi Seron (1999) subliniază faptul că afectarea neurologică este una concentrată, aceasta fiind uşor delimitată de afectarea difuză, specifică tablourilor de senilitate şi demență.

b) Aspectul psiholingvistic. Această direcție de abordare subliniază faptul că afazia este o tulburare de limbaj, caracterizată atât prin tulburări la nivelul laturii expresive, cât şi la nivelul laturii receptive a limbajului, cu manifestare în planul oral, dar şi în cel scris-citit. Având în vedere acest criteriu, deosebim între afazie ca tulburare de limbaj şi dizartrie ca tulburare de vorbire, deşi ambele au componentă neurologică.

2. Etiologie

Factorii etiologici în afazie sunt numeroşi, dar toți presupun afecțiuni la nivelul sistemului nervos central, în ariile cerebrale, în care se realizează procesarea limbajului. Prin urmare, leziunile care conduc la apariția tablourilor afazice sunt situate cu precădere la nivelul emisferei stângi. Sunt delimitate şi cazuri de afazie încrucişată, ceea ce înseamnă că leziunile cerebrale apar la nivelul emisferei drepte.

Accidentele vasculare cerebrale (AVC) sunt principala cauză a afaziilor. În această categorie a accidentelor cerebrale, infarctul cerebral ocupă o poziție semnificativă. Accidentele vasculare cerebrale se constituie printre primele trei cauze ale mortalității şi morbidității, atât în țara noastră, cât şi în Europa de Est, pentru orice segment de

Scanned with OKEN Scanner

vârstă (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996). Asociația Americană a Afaziei (Dickey, Kagan, Lindsay, Fang, Rowland, Black, 2010) subliniază faptul că 25–40% dintre persoanele care au suferit un AVC prezintă semne ale tulburării afazice.

Factori de risc în AVC (Ojoga, Guşiță, 2010) sunt:

- hipertensiunea arterială (60% dintre persoanele de peste 60 de ani şi 90% dintre persoanele de peste 85 de ani prezintă hipertensiune arterială);
- nivelul crescut al colesterolului (hiperlipidemia creşte riscul apariției aterosclerozei);
- diabetul zaharat (creşte riscul apariției AVC de două–cinci ori);
- obezitatea (creşte riscul de infarct cerebral de două ori);
- contraceptivele orale (dacă acestea se asociază cu migrena şi cu fumatul cresc de 30 de ori riscul de apariție a AVC) sau hormonoterapia (creşte de 1,27 ori riscul de instalare a AVC);
- bolile cardiace (insuficiență cardiacă, modificări ischemice);
- anomaliile procesului de coagulare sangvină;
- afecțiunile maligne;
- fumatul (creşte riscul de AVC de două ori la vârstnici şi bărbați şi de trei ori la tineri şi femei);
- consumul de alcool (consumul a două pahare de alcool pe zi creşte de trei ori riscul de infarct cerebral şi de 5 ori riscul de accident hemoragic);
- infecția, inflamația (creşte riscurile apariției aterosclerozei);
- leziunile de stenoză carotidiană.

Ocluzia embolică a unui vas de sânge care irigă o anumită porțiune a zonei cerebrale a limbajului conduce la un deficit de circulație sangvină, determinând moartea neuronală în zona respectivă (Crăciun, 2001, 2009).

Hemoragiile cerebrale reprezintă numai 20% din cauzele accidentelor vasculare, acestea fiind generate, la rândul lor, de hipertensiunea arterială (Crăciun, 2001, 2009).

Scanned with OKEN Scanner

Malformațiile congenitale ale vaselor de sânge se pot constitui, de asemenea, în cauze care conduc la accidente vasculare cerebrale. Asocierea cauzelor care constituie factori de risc pentru AVC, vârsta înaintată a pacienților și genul masculin accentuează posibilitatea apariției tulburării afazice (Ojoga, Gușiță, 2010).

Traumatismele craniene se constituie într-o altă cauză a afaziilor. Prin traumatismul cerebral (traumatic brain injury — TBI), Institutul Național pentru Tulburări Neurologice și Accidente Cerebrale — National Institute of Neurological Disorders and Stroke — din SUA înțelege afectarea cerebrală cauzată de o traumă. Această afectare cerebrală poate fi una bine localizată sau una difuză, poate fi una cu manifestare închisă sau deschisă, prin penetrarea cutiei craniene. În funcție de localizare, extindere, varietatea lor, traumatismele cerebrale produc contuzii, hemoragii intracerebrale, cu consecințe asupra limbajului. Acestea pot să conducă și la tulburări de memorie și anomie (Crăciun, 2001, 2009). Traumatismele cerebrale sunt produse de accidente sau rezultă în urma unor episoade violente. Cei mai expuși la astfel de traumatisme sunt tinerii cu vârsta cuprinsă între 15–24 de ani și vârstnicii de peste 75 de ani.

Pentru evaluarea pacientului cu traumatism craniocerebral se utilizează scala Glasgow. Scala Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale) sau scorul Glasgow este un instrument desemnat pentru monitorizarea nivelului de conștiență și pentru aprecierea prognosticului după un traumatism craniocerebral. Scala a fost elaborată în 1974 de neurochirurgii irlandezi Graham Teasdale și Bryan J. Jennett, aceasta devenind repede cea mai utilizată scală de apreciere a stării de conștiență și de stabilire a gradului de severitate a stării comatoase, precum și de formulare a consecințelor afectării stării de conștiență în plan funcțional (Goossen, Oemig, 2014; Chen, Grothe, Schaller, 2013). http://www.traumaticbraininjury.com/symptoms-of-tbi/glasgow-coma-scale/).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 20. Detalierea scorului Glasgow.

Domeniu evaluat/valori	1	2	3	4	5	6
Răspuns ocular (O)	Nu deschide ochii	Deschide ochii ca răspuns la durere	Deschide ochii la comandă verbală	Deschide ochii spontan	-	-
Răspuns verbal (V)	Nu răspunde verbal	Emite sunete (incomprehensibile)	Folosește ca răspuns cuvinte nepotrivite, fără legătură unele cu altele	Răspunde la întrebări confuz (cu o anumită întârziere și dezorientare)	Răspunde verbal potrivit situației	-
Răspuns motor (M)	Fără răspuns motor reactiv	Răspuns extensor la durere	Răspuns flexor la durere	Răspuns necoordonat la durere sau retragerea membrului la durere	Localizează durerea	Îndeplinește instrucțiuni

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatul se notează sub forma, de exemplu: GCS 9 = O2 V4 M3.

Pe baza rezultatului obținut se delimitează trei tipuri de traumatisme craniocerebrale (TCC):

- TCC uşor — scor Glasgow peste 13 puncte.
- TCC moderat — scor Glasgow între 9 şi 12 puncte.
- TCC sever — scor Glasgow până la 8 puncte.

Interpretarea rezultatelor indică date şi despre tipul de comă în care pacientul se găseşte:

- Scor Glasgow = 8 — comă gradul I,
- Scor Glasgow = 7-6 — comă gradul II,
- Scor Glasgow = 5-4 — comă gradul III,
- Scor Glasgow = 3 — comă gradul IV.

Bolile degenerative conduc, de asemenea, la instalarea tulburărilor afazice. Printre aceste boli putem menționa boala Alzheimer, boală care implică leziuni la nivel de girus hipocampic şi neocortex de asociație, ceea ce implică tulburări de tip anomie şi diverse alte manifestări afazice. Componenta fonologică a limbajului este afectată (apar parafaziile fonemice), vorbirea devine neologică, apare jargonul afazic, comprehensiunea se deteriorează, apare anomia şi pot fi identificate deficite la nivelul funcțiilor executive, paralel cu degradarea reprezentărilor lexicale şi semantice. Toate aceste aspecte simptomatologice se instalează progresiv, Caffarra, Gardini, Cappa, Dieci, Concari, Barocco, Ghetti, Ruffini, Prati (2013) prezentând în articolul lor faptul că manifestarea afazică severă în tablourile degenerative implică extinse afectări neurologice hipometabolice, la nivelul girusului angular stâng, lobului temporal, al unei părți din lobul parietal, girusului frontal, caudat, cingulat. Gefen, Gasho, Rademaker, Lalehzari, Weintraub, Rogalski, Wieneke, Bigio, Geula şi Mesulam (2012) au delimitat manifestarea din tabloul de Alzheimer cu afectare cerebrală simetrică de tip demență, caracterizată prin amnezie şi manifestarea de tip afazie primară progresivă, care poate să apară pe fondul bolii Alzheimer. Se deosebeşte astfel între Alzheimer cu

Scanned with OKEN Scanner

formă amnestică şi Alzheimer cu formă de afazie progresivă. În cazul afaziei, autorii notează o manifestare specifică, consecință a leziunii asimetrice de la nivel cerebral (leziuni prezente preponderent la nivelul emisferei stângi, emisfera dominantă în procesarea limbajului). În forma de Alzheimer cu manifestare afazică progresivă primară, afectarea neurologică este frontotemporală. Prin urmare, diferențele dintre cele două subtipuri, fenotipuri de forme de Alzheimer, sunt determinate după forma şi localizarea leziunilor cerebrale.

Boala Pick afectează lobii frontali, ceea ce conduce la tulburări de limbaj severe şi precoce, de tipul: nedezvoltarea limbajului, imposibilitate articulatorie, limbajul autonom nu se dezvoltă, perseverări, afazie de tip transcortical motor (Crăciun, 2001, 2009; Caso, Gesierich, Henry, Sidhu, LaMarre, Babiak, Miller et al., 2013; Uyama, Yokochi, Bandoh, Mizutani, 2013).

Boala Huntington se caracterizează prin leziuni la nivelul lobului frontal, demența fiind însoțită de tulburări grave de limbaj din punct de vedere motor. Pentru acest tablou s-a pus în evidență prezența componentei ereditare, genetice (Crăciun, 2001, 2009; Sumathipala, Jayasekara, Dissanayake, 2013).

Tumorile cerebrale se constituie într-o altă cauză a tulburărilor afazice. În funcție de perioada de timp în care se dezvoltă, de zona pe care o afectează şi de mărimea lor aceste tumori pot induce diverse tulburări neurologice şi diverse forme de afazie (Anca, 2005; Paul, 2007; Crăciun, 2001, 2009).

Factorii infecțioşi şi toxici pot conduce la apariția afecțiunilor afazice. Cauzele infecțioase mai des întâlnite sunt: meningita cerebrospinală, encefalitele, neuroluesul (sifilisul cerebral), abcesele cerebrale. Cauzele toxice se referă la acțiunea nocivă a unor substanțe precum monoxidul de carbon, benzodiazepinele, barbituricele, substanțele betablocante, neurolepticele (Sovilla, Despland, Bader, 1988), litiul (Gordon, Hirsch, Balmaceda, 1997).

Scanned with OKEN Scanner

Otita purulentă, mastoidita stângă, endocardita sunt însoțite de afazie atunci când procesul infecțios atinge emisfera stângă (Paul, 2007). *Infecția cu virusul herpetic*, infecție care poate conduce atât la encefalită acută, cât şi la meningoencefalită, implică manifestări neurologice severe. Soares-Ishigaki, Cera, Pieri şi Ortiz (2012) au subliniat implicațiile diagnostice multiple ale encefalitei atât în plan motor-fizic, comportamental, cât şi cognitiv. Abilitățile lingvistice şi cele logicomatematice sunt în detaliu evaluate, ceea ce permite configurarea unui profil de dezvoltare în contextul meningoencefalitei de natură infecțioasă. Studiul derulat de cei patru autori a vizat un copil de 13 ani care înainte de episodul infecțios nu a manifestat tulburări sau deficite de natură comportamentală, lingvistică sau cognitivă.

În cursul *crizelor de epilepsie* şi în perioada de postcriză fluența limbajului este afectată, la fel şi latura articulatorie. Crăciun (2009, p. 32) menționează că „în perioadele de criză apare, mai degrabă, o suspendare a cuvântului". Dacă tabloul afazic persistă şi între crizele de epilepsie, este sigur că zonele cerebrale implicate în actul lingvistic au fost afectate, prin urmare tulburările de limbaj sunt inerente, acestea fiind dependente de localizarea şi extinderea leziunilor.

Afazia cu manifestare redusă episodic poate fi asociată şi cu *migrena*. Durata de manifestare este scurtă, asemenea unei afazii globale sau unei tulburări de expresie sau comprehensiune (Obler, Gjerlow, 1999; Crăciun, 2001, 2009; Ojoga, Guşiță, 2010).

Encefalopatiile pot conduce, de asemenea, la instalarea tablourilor afazice (Voinescu, Gheorghiță, 1978; Crăciun, 2001, 2009).

3. Direcții de diagnostic diferențial

Principala direcție de diagnostic diferențial o asigură examinarea neurologică. Prin definiție, afazia presupune o leziune cerebrală, cu implicații negative în planul abilităților lingvistice.

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Pierre Paul Broca (1824–1880) a derulat un studiu în 1861 pe doi pacienți care prezentau tulburări articulatorii și a demonstrat că exista o relație directă între afectarea zonei cerebrale frontale și tulburările articulatorii. Pornind de la acel studiu, literatura de specialitate delimitează această zonă drept aria Broca.

Carl Wernicke (1848–1905) a demonstrat în 1874 existența zonei cerebrale senzoriale implicate în procesarea limbajului, zonă denumită în literatura de specialitate aria Wernicke.

Webb și Adler (2008) asociază constituirea disciplinei neurologiei clinice cu aceste repere istorice.

Webb şi Adler (2008) subliniază faptul că investigațiile neurologice obiective se pot realiza prin modalități tehnice care permit stabilirea acurată şi exactă a extinderii şi severității leziunilor cerebrale. Aceste modalități tehnice, aflate într-un amplu proces de extindere şi dezvoltare după anii '70, facilitează diagnosticul diferențial. Ceea ce înseamnă că abordarea afaziei trebuie să fie realizată în echipă, activitatea terapeutului limbajului fiind facilitată, susținută, de rezultatele muncii medicului neurolog. Dintre tehnicile de investigare obiectivă se pot menționa:

- tomografia computerizată (TC) — aceasta asigură evaluarea structurală a țesutului nervos;
- tomografia cu emisie de pozitroni (PET) — această modalitate de investigare asigură, pe lângă informația de natură structurală, şi date cu specific funcțional, metabolic, despre sistemul nervos central;
- tomografia cu emisia unui singur foton (SPECT) — tehnica asigură investigarea fluxului sangvin, ceea ce permite determinarea anomaliilor din creier cu mai mare precizie, chiar şi a celor de profunzime, a unor tumori;
- rezonanța magnetică (RMN) — datele structurale pe care RMN le oferă pot fi comparabile cu datele care pot fi obținute la o investigare postmortem, fără radierea țesutului nervos.

Scanned with OKEN Scanner

Tomografia computerizată şi rezonanța magnetică sunt cel mai adesea utilizate în diagnosticarea cu precizie a tulburărilor afazice.

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) menționează următoarele direcții de diagnostic diferențial:

1. *Afazie senzorială versus diferite forme de demență, pacienți cu afecțiuni psihiatrice* (autoarele menționează faptul că neatenția, dezordinea cognitivă, lipsa abilităților de exprimare a emoțiilor sunt aspectele care circumscriu diagnosticul psihiatric, în timp ce prezența tulburărilor de exprimare verbală, de înțelegere, de exprimare în scris, sunt date care confirmă diagnosticul de afazie).
2. *Afazie motorie versus dizartrie* (diagnosticul diferențial cel mai dificil de realizat este între aceste două forme de tulburări. În timp ce afazia motorie presupune leziuni cerebrale la nivelul zonei cerebrale a lobului frontal, tulburarea dizartrică presupune afectarea nervilor cranieni, cu o afectare motorie mai evidentă).
3. *Afazie senzorială versus dizabilitate auditivă* (diagnosticul audiologic, asociat cu diagnosticul neurologic pot asigura încadrarea diagnostică corectă şi realizarea diagnosticului diferențial între dizabilitatea auditivă şi afazia senzorială).
4. *Afazie versus mutism isteric* (mutismul isteric are un debut brusc, se asociază de obicei cu alte forme de isterii, în mutismul isteric mimica este păstrată şi aceste persoane pot comunica prin utilizarea scrisului. În tulburarea afazică, cel mai adesea, abilitățile de exprimare prin scris sunt afectate).
5. *Afazie versus mutism electiv* (mutismul electiv este selectiv, temporar şi reversibil, fără deficite în sfera cognitivă).
6. *Afazie versus tulburări din spectrul autist — TSA* (în TSA există un dezinteres față de persoane şi comunicare, sunt prezente şi stereotipiile comportamentale, iar factorul etiologic este diferit).
7. *Afazie versus tulburări de limbaj în tablouri psihopatologice* (factorul etiologic în tulburarea afazică are o componentă neurologică. Prin urmare, chiar dacă în tulburări precum schizofrenia,

Scanned with OKEN Scanner

paranoia pot să apară o serie de stereotipii verbale, afectări ale abilităților articulatorii morfosintactice şi semantice, acestea nu sunt de natură neurologică, aspectul etiologic deosebindu-le de tulburarea afazică).

Având în vedere direcțiile de diagnostic diferențial delimitate, este important de subliniat că evaluarea persoanei care prezintă tablouri afazice sau care este suspectată de un astfel de tablou neurologic trebuie să fie organizată multidirecționat, tocmai datorită specificităților simptomatologice multiple ale tulburării. În aceste condiții, echipa de evaluare şi diagnosticare, precum şi echipa de intervenție trebuie să fie multidisciplinar constituite (Hallowell, Chapey, 2008; Golper, 2008). Se impune ca echipa multidisciplinară să includă un neurolog, un logoped şi un psiholog, cel puțin în etapa de diagnostic, pentru ca în etapa de intervenție aceasta să fie lărgită cu acele persoane de care este nevoie potrivit specificului cazului (kinetoterapeut sau psihomotrician, terapeut ocupațional, artterapeut etc.).

4. Particularitățile tulburărilor afazice

Pentru a contura tabloul clinic al tulburărilor afazice, Rondal, Seron (1999) şi Anca (2005) realizează descrierea şi problematizarea tulburărilor expresiei orale, tulburărilor de înțelegere a limbajului vorbit, tulburărilor exprimării scrise şi celor ale înțelegerii limbajului scris. Prin aceasta punctează faptul că tulburările afazice sunt manifestări complexe, pluridirecționate, care se pot materializa la nivelul tuturor palierelor limbajului (oral sau scris), în plan receptiv sau expresiv.

a) Tulburările de la nivelul abilităților orale expresive

1. Tulburările ritmului şi fluenței vorbirii

Fluența vorbirii se referă la abilitățile persoanei de a produce sau lectura cât mai multe cuvinte corecte într-o unitate de

Scanned with OKEN Scanner

timp. Cu alte cuvinte, fluența materializează relația dintre viteză și acurateţe în actul lingvistic (Bodea Haţegan, Talaş, 2014). În cazul unei persoane afazice, fluența verbală poate fi afectată în două sensuri, un sens al exprimării verbale într-un ritm monoton, încetinit, marcat de multiple pauze, blocaje, ezitări, şi un sens al exprimării verbale într-un ritm accelerat, uneori atât de accelerat încât interlocutorul se află în imposibilitatea percepерii mesajelor transmise. Având în vedere acest parametru al ritmului, al fluenței articulatorii, se poate distinge între afazia fluentă şi afazia nonfluentă.

2. Stereotipiile verbale

În tablourile afazice, acolo unde există afectare a zonei Broca, sunt frecvent întâlnite şi stereotipiile verbale. Acestea presupun repetarea unei silabe, a unui cuvânt sau chiar a unei sintagme. Aceste structuri sunt repetate în mod automat, involuntar, persoana afazică nefiind conştientă de conținuturile pe care le exprimă. Celebru în acest sens este pacientul lui Pierre Broca care nu putea articula altceva decât silaba „tan-tan", în mod repetat, pacient care a contribuit în mod semnificativ, prin transformarea acestuia în element de studiu, la conturarea zonei cerebrale Broca. Un exemplu de caz din practică în care stereotipiile verbale sunt prezente poate fi acela al unei doamne de 62 de ani care a suferit un accident vascular cerebral şi singura achiziție verbală pe care aceasta o mai avea era interjecția „vai!", repetată în mod involuntar, automat, ori de câte ori era solicitată să răspundă la o anumită întrebare. Pacienta considera că răspunsul era unul corect, potrivit întrebării adresate, ceea ce ne demonstrează faptul că automatismele stereotipale sunt goale de conținuturi semantice, chiar dacă acestea servesc uneori materializării intenției de comunicare. În aceste condiții propunem ca demersul terapeutic să se bazeze pe acestea şi să le considere elemente de start în procesul de reabilitare a limbajului şi comunicării.

Scanned with OKEN Scanner

3. Anomia

Anomia este o altă caracteristică specifică tabloului afazic. Aceasta presupune dificultatea, chiar imposibilitatea de a articula cuvinte, blocaje articulatorii sau mutism. Persoana cu afazie, care prezintă anomie, are serioase dificultăți de utilizare contextuală a cuvintelor în fluxul comunicațional, ceea ce înseamnă că abilitățile conversaționale ale acesteia sunt semnificativ alterate. Anomia este o caracteristică nu doar în afaziile nonfluente, aceasta fiind specifică şi afaziilor fluente, în mod episodic, ceea ce înseamnă că poate să aibă implicații negative cu atât mai pregnante asupra calității vieții persoanei (Agostini, Garzon, Benavides-Varela, De Pellegrin, Bencini, Rossi, Rosadoni, Mancuso, Turolla, Meneghello, Tonin, 2014). Voinescu şi Gheorghiță (1978) propun ca tehnică de lucru în vederea abordării anomiei tehnica facilitării. Aceasta înseamnă că terapeutul trebuie să faciliteze articularea cuvântului, utilizarea acestuia. Un exemplu poate fi: „Completează te rog fraza cu elementele lipsă. Merele pot fi roşii, verzi sau gal-...". Facilitarea în acest caz este dublă, odată materializată în termeni semantici (câmpul noțional-verbal delimitat este unul conturat prin cele două elemente date ale enumerației), dar şi în termeni fonologici (terapeutul îi oferă pacientului prima silabă a cuvântului pe care trebuie să îl rostească).

4. Disprozodia (tulburarea elementelor suprasegmentale, accent și intonație)

Această caracteristică se referă la modelarea deficitară atât a accentului, cât şi a contururilor intonaționale. Prin urmare, vorbirea persoanei afazice este disritmică, monotonă, fără melodie, cu poticneli, blocaje şi ezitări, cu episoade de ridicare necorespunzătoare a tonului. Toate aceste particularități sugerează un control articulator şi coarticulator deficitar, componentele segmentale ale limbajului fiind deficitar structurate, împreună cu componentele suprasegmentale. Alterarea poate să conducă la materializarea unei

Scanned with OKEN Scanner

vorbiri cu accent străin, această condiție fiind denumită de Rondal și Seron (1999) „sindromul accentului străin".

5. Parafazia

Parafazia se materializează printr-o alterare a producției verbale orale la toate nivelurile limbajului:

- fonetic — parafazie fonetică. Acest tip de parafazie presupune alterarea nivelului fonetic al limbajului din cauza unor deficite de natură motorie, de mobilizare motorie orofacială. Parafazia fonetică implică o serie de alterări ale procesului coarticulator: nazalizare, reducerea diftongilor și triftongilor la monoftongi, simplificarea grupurilor consonantice, desonorizarea sunetelor, fricativizare, palatalizare. Rondal și Seron (1999) disting între dezintegrarea motorie din tablourile dizartrice și aceste parafazii, unde afectarea este tot de natură motorie, cu o componentă motorie, alături de o componentă senzorială (desigur această alăturare nu este absolut necesară, parafaziile sunt preponderent specifice afaziilor Broca). În schimb, parafaziile fonetice sunt asociate și cu alte forme de tulburări afazice, aspect care nu este neapărat prezent în tulburările dizartrice;
- fonologic — parafazie fonologică. Parafaziile fonologice sunt deficitele localizate la nivelul fonemelor. Prin urmare, parafaziile fonologice presupun: înlocuirea, omisiunea, distorsiunea, epenteza sunetelor (adiția unui sunet nou la nivelul cuvântului) sau metateza (permutarea sunetelor, silabelor la nivel de cuvânt). De exemplu, în locul cuvântului „trage", persoana cu afazie pronunță „trarge", ca urmare a procesului de epenteză a sunetului „r". Haley, Jacks, Cunninghama, Kreiman, Liss (2013) au condus un studiu focalizat pe realizarea a două profiluri diagnostice distincte, ceea ce ar asigura diagnosticul diferențial dintre apraxia orofacială și afazia cu parafazii fonologice. Studiul a arătat că cele două tablouri diagnostice pot fi delimitate cu mai mare dificultate, tulburările identificate

Scanned with OKEN Scanner

fiind similare (leziunile cerebrale în cele două tablouri fiind similare, la nivelul emisferei drepte), diferențele nefiind semnificative;

- morfologic — parafazie morfologică. Parafazia morfologică presupune construirea de cuvinte noi pe baza unor morfeme necorespunzătoare. De exemplu, în locul cuvântului „măsuță" pronunță cuvântul „măsită". Parafaziile morfologice apar ca urmare a deconstrucției componentei gramaticale a limbajului, iar asocierea dintre rădăcina cuvântului și afixele corespunzătoare nu se mai realizează în acord cu normele gramaticale în vigoare;
- semantic — parafazie lexicosemantică. Acest tip de parafazie presupune înlocuirea unui cuvânt cu un altul cu care are un raport conceptual (de exemplu: „masa" cu „banca" — raportul conceptual este unul categorial; „elefant" cu „animal" — raportul categorial este unul de supraordonare, „elefant" cu „trompa" — raportul categorial este unul de subordonare, este un raport bazat pe elemente distinctive). Rondal și Seron (1999) menționează că înlocuirea cuvintelor se poate realiza și fără să existe un raport semantic între cele două unități (de exemplu, persoana afazică înlocuiește cuvântul „masă" cu „furnică"), *parafazia fiind delimitată la nivel lexical formal*;
- mixt, la nivelul tuturor laturilor limbajului — parafazie mixtă. Acest tip de parafazie conduce la apariția unor structuri lingvistice neologice, care nu mai pot fi recunoscute de vorbitor, pentru că ele nu mai corespund unor itemi lingvistici, nici măcar distorsionați ca urmare a dezintegrării limbajului la nivel fonetic, fonologic, morfologic și semantic. De exemplu, în locul cuvântului „dans", persoana afazică pronunță cuvântul „bital".

6. Jargonafazia

Jargonafazia presupune ca vorbirea persoanei afazice să fie caracterizată printr-o serie de parafazii, neologisme, dissintaxie,

Scanned with OKEN Scanner

ele putând fi incomprehensibile pentru examinator. Pot fi evidențiate mai multe tipuri de jargoane afazice. Acestea sunt:

- jargon nediferențiat — compus din foneme asamblate neregulat, total lipsite de semnificație lingvistică;
- jargon fonemic — compus din cuvinte alterate şi cuvinte corecte, într-o secvențialitate în care sintaxa este relativ păstrată;
- jargon semantic — compus din cuvinte alterate, dar corect secvențializate;
- jargon sintactic — constă în multe erori de natură sintactică.

Caffarra, Gardini, Cappa, Dieci, Concari, Barocco, Ghetti, Ruffini, Prati (2013) au arătat că, în cazurile de tulburare afazică primară progresivă, jargonafazia devine o caracteristică a stadiului avansat al tulburării. Acest stadiu presupune deteriorarea semnificativă a sistemului nervos central, cu majore implicații asupra producției verbale. În cazul analizat de autorii mai sus menționați tulburarea afazică s-a asociat cu o dezintegrare a sistemului nervos de tip demență, ceea ce a condus la înlocuirea parafaziilor, agramatismelor, disprozodiei şi anomiei cu un jargon afazic mai puțin diferențiat, ceea ce face imposibilă înțelegerea celor exprimate de către cei din jurul persoanei afazice.

7. Agramatisme și dissintaxă

Aceasta implică alterarea componentei gramaticale a limbajului, nivelul morfologic şi sintactic, cu implicații extinse asupra abilităților conversaționale (Deruaz, Assal, Peter-Favre, 1993). Agramatismele sunt caracterizate prin utilizarea deficitară a morfemelor sau chiar prin absența acestora. Vorbirea marcată de agramatisme este caracterizată prin blocaje, ezitări, lipsa unei relații gramaticale între cuvinte, ceea ce face ca mesajul să fie cu dificultate receptat de interlocutor. Dissintaxa presupune alterarea construcției propoziției prin selectarea necorespunzătoare a morfemelor lexicale şi gramaticale. Dissintaxa este o caracteristică a afaziilor fluente.

Scanned with OKEN Scanner

b) Tulburările comprehensiunii orale
(de înțelegere a limbajului oral)

Aceste tulburări pot fi investigate pe baza reacțiilor bolnavului la inputul examinatorului. Probele utilizate în mod obișnuit pentru evaluarea acestor tulburări includ indicarea imaginilor unor obiecte și executarea unor acțiuni mai mult sau mai puțin elaborate. Se pot identifica patru mecanisme prin care se explică tulburările comprehensiunii orale ale bolnavului afazic.

Acestea sunt (Rondal și Seron, 1999):

- tulburări de receptare a sunetelor limbajului, așa-numita surditate verbală pură caracterizată prin tulburări de identificare și discriminare/diferențiere a sunetelor limbii, ceea ce înseamnă că acest nivel de suprafață, de natură foneticofonologică, blochează accesul la nivelul de profunzime al cuvântului;
- abilități reduse de accesare a conținutului semantic al cuvintelor;
- diminuarea memoriei verbale și a abilităților atenționale verbale (este afectată atât memoria de lucru, cât și memoria de lungă durată, precum și abilitățile de focalizare pe sarcina dată, cu deficite în planul protejării acesteia de stimulii distractori);
- tulburarea comprehensiunii raporturilor logicosintactice dintre elementele unei fraze sau ale unui text (deficitele de tipul dissintaxei sunt cele care îngreunează receptarea mesajului oferit).

c) Tulburările exprimării scrise (tulburările grafice)

În această categorie pot fi menționate următoarele aspecte: distorsionarea și reducția cantitativă a grafemelor, substituția literelor, anularea pauzei dintre cuvinte prin omiterea unor elemente grafice, paragrafii (fluența în scriere este redusă semnificativ, apar o serie de agramatisme, dissintaxă) și jargon agrafia (multitudinea

Scanned with OKEN Scanner

erorilor semantice, gramaticale, fonetice care apar în procesul grafic poate fi delimitată prin termenul jargon agrafie). Pot să apară şi tulburări de natură nonlingvistică ce afectează sistemul de control vizuo-motor al gestului (Anca, 2005).

d) Tulburările înțelegerii limbajului scris (tulburări ale lexiei)

Aceste tulburări sunt reunite sub denumirea de dislexie sau alexie (incapacitatea de a citi conform lui Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996; Anca, 2005).

DE REȚINUT!

Având în vedere DSM-5, este important ca termenii de dislexie și disgrafie să fie utilizați doar referindu-se la categoria diagnostică a dificultăților specifice de învățare, subcategorie a tulburărilor de neurodezvoltare alături de tulburarea pervazivă de dezvoltare, ADHD etc.

În cazul afaziei, afectarea abilităților de citit-scris poate fi denumită tulburare a limbajului scris-citit.

Se distinge o tulburare a percepției vizuale a literelor, o tulburare denumită alexia agnostică, şi ea face parte din categoria paralexiei vizuale. Aceasta poate să apară fie izolat, fie este însoțită de alte tulburări ale gnoziei (persoana nu mai recunoaşte obiectele din jur, culorile, fețele umane etc.).

În aceeaşi categorie a paralexiei vizuale poate fi inclusă şi tendința de lateralizare în actul lexic, fie spre partea dreaptă, fie spre partea stângă. Acest tip de paralexie vizuală presupune şi deficite la nivelul structurilor atenționale.

Paralexia vizuală globală implică deficite la nivel semantic, morfologic, sintactic, dar şi fonologic, ceea ce face deficitară asocierea fonemului cu grafemul corespunzător şi delimitarea cuvântului.

Scanned with OKEN Scanner

Făcând referire la studiul condus de Soares-Ishigaki, Cera, Pieri şi Ortiz (2012), studiu care vizează delimitarea unui caz menit să surprindă specificul tabloului afazic în contextul meningoencefalitei, se poate concluziona faptul că particularităţile diagnostice descrise la acest subpunct sunt identificate în mod combinat, mixat, în realitatea practică. Astfel, autorii au subliniat (cu privire la cazul investigat) că sub aspectul abilităţilor lingvistice cele mai serioase afectări sunt cele din planul limbajului oral expresiv, anomia fiind caracteristica principală a tabloului afazic, aceasta datorându-se deficitelor din plan mnezic. De asemenea, deficite majore sunt identificate şi în planul limbajului scris (copilul nu mai poate scrie sau recunoaşte grafemele). În planul limbajului receptiv oral au fost identificate deficite uşoare (perseverări, latenţă mai crescută în realizarea acţiunii solicitate). Toate aceste deficite se asociază cu tulburări de natură motorie generală, tulburări cognitive (sunt puternic afectate operaţiile logicomatematice) şi tulburări comportamentale.

Prin urmare, tablourile afazice sunt manifestări simptomatologice complexe, cu implicaţii majore în toate ariile vieţii persoanei care prezintă o astfel de tulburare, nevoia intervenţiei terapeutice prompte şi susţinute fiind majoră.

5. Clasificarea afaziilor şi descrierea acestora

5.1. Criteriul fluenţei în vorbire

Un prim criteriu de clasificare a afaziilor, criteriu menţionat şi mai sus, este fluenţa în vorbire — Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996), Davis, (2007). Astfel, se pot distinge două tipuri de afazie: fluentă şi nonfluentă.

5.1.1. Afazia fluentă

Presupune exprimare verbală cursivă, respectând pattern-ul vorbirii obişnuite, chiar dacă apar deficite semnificative la nivelul

Scanned with OKEN Scanner

semantic. În categoria afaziilor fluente sunt delimitate următoarele tipuri de tulburări: afazia senzorială de tip Wernicke, afazia de conducere şi afazia senzorială transcorticală (Damasio, 2008).

5.1.1.1. Afazia senzorială sau de tip Wernicke

Acest tip de afazie se caracterizează prin mai multe aspecte. Localizarea leziunii cerebrale în acest tip de afazie este la nivelul lobului temporal, în partea posterosuperioară (aria Brodmann 22, această zonă reprezintă zona centrală a acestui tip de afazie). În realitatea medicală leziunile se pot extinde mai mult, în partea mediană şi inferioară a lobului temporal (ariile 37, 20 şi 21 după Brodmann), precum şi în partea inferioară a lobului parietal, afectând girusul supramarginal şi girusul angular (ariile 40 şi 39 după Brodmann). Extinderea leziunilor implică şi o amplificare a gradului severității tulburării, precum şi a persistenței acesteia (Damasio, 2008). Concluzionând, se poate spune că afazia Wernicke este afazia posterioară.

Simptomele specifice acestui tip de afazie sunt:

- afazia senzorială presupune tulburări semnificative la nivelul comprehensiunii verbale, chiar dacă abilitățile articulatorii ale persoanei sunt funcționale la nivelul vorbirii spontane;
- sunt prezente parafaziile (mai ales parafaziile fonemice, caracterizate prin inversiuni şi substituiri de sunete), în timp ce componenta sintactică este mai puțin afectată;
- în unele cazuri vorbirea este marcată de prezența neologismelor şi a jargonafaziei;
- în sfera citit-scrisului sunt remarcate, de asemenea, o serie de dificultăți. Atunci când persoana care prezintă afazie senzorială este solicitată să repete cuvinte sau să denumească imagini, abilitățile lingvistice sunt scăzute;
- este remarcat şi faptul că persoanele care prezintă acest tip de afazie nu îşi conştientizează deficitele cu care se confruntă.

Scanned with OKEN Scanner

5.1.1.2. Afazia de conducere

Leziunea este limitată la zona girusului supramarginal (aria Brodmann 40), chiar dacă Damasio şi Damasio, 1980 (apud Damasio, 2008) a arătat că anumite forme de tulburări afazice de conducere pot să apară şi ca urmare a leziunilor de la nivelul insulei şi a cortexului auditiv stâng.

Simptomatologia afaziei de conducere (Damasio, 2008):

- vorbirea spontană a persoanelor cu afazie de conducere este fluentă, chiar dacă din punct de vedere cantitativ, debitul verbal este mai redus decât în cazul afaziei senzoriale;
- abilitățile de repetare de cuvinte şi propoziții sunt deficitare, acest aspect fiind definitoriu pentru această formă de tulburare afazică, în formele severe de afazie de conducere persoanele aflându-se în imposibilitatea de a repeta chiar şi cuvinte simple, izolate;
- vorbirea este marcată de prezența parafaziilor, de omisiuni şi substituiri de cuvinte;
- abilitățile de comprehensiune verbală sunt funcționale.

5.1.1.3. Afazia senzorială transcorticală

Diagnosticul de afazie senzorială transcorticală se poate stabili cu uşurință întrucât atât cortexul auditiv primar (ariile 41 şi 42 după Brodmann), cât şi zona posterioară a girusului temporal superior (zona Wernicke propriu-zisă) sunt intacte. Ceea ce înseamnă că diagnosticul diferențial între această formă de afazie senzorială şi afazia senzorială de tip Wernicke se stabileşte cu uşurință, întrucât leziunea în afazia senzorială transcorticală este posterior şi inferior localizată, în raport cu zonele menționate ca fiind excluse. Tabloul lezionar poate include girusul angular (aria 39 după Brodmann) şi girusul median temporal (aria 37 după Brodmann). Uneori leziunile se pot extinde la nivelul lobului occipital sau la nivelul girusului median temporal, în zonele anterioare.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia afaziei senzoriale transcorticale (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996, Damasio, 2008):

- vorbirea este caracterizată prin parafazii fluente, neologisme frecvente;
- abilitățile de repetare a cuvintelor şi propozițiilor sunt funcționale, acesta constituind aspectul distinctiv al afaziei senzoriale transcorticale;
- abilitățile de înțelegere verbală sunt reduse;
- se asociază şi cu tulburări psihice şi evoluează spre forme de afazie fără jargon.

5.1.2. Afazia nonfluentă

Presupune efort articulator, blocaje, imposibilitate articulatorie, mişcări de deblocare, tremor şi o serie de alte manifestări care conduc la o vorbire silabisită, cu multe pauze, greu inteligibilă de către cei din jur, chiar dacă sub aspect semantic aceasta nu este afectată — Obler, Gjerlow, 1999. În categoria afaziilor nonfluente sunt listate următoarele forme de tulburări afazice: afazia motorie de tip Broca, afazia motorie transcorticală, afazia globală (Damasio, 2008).

5.1.2.1. Afazia motorie sau afazia Broca

Afazia motorie de tip Broca presupune semnificative leziuni în zona frontală, la nivelul emisferei stângi, zonă cunoscută chiar şi în zilele noastre sub numele de aria Broca, cu afectări ale insulei (Damasio, 2008). Broca a denumit inițial această tulburare afemie (adică imposibilitatea articulatorie, 1861), termenul afazie înlocuindu-l în anul 1864, acesta aparținându-i lui Trousseau (Bak, 2005). Formele propriu-zise de afazie motorie implică aceste afectări substanțiale ale lobului frontal (ariile 44 şi 45 după Brodmann), afectări care se pot extinde la nivelul insulei, ganglionilor bazali, precum şi la nivelul zonei inferioare a girusului prefrontal. Lezarea acestor zone presupune manifestarea cronică a consecințelor negative în planul expresiv al limbajului. Dacă zonele lezionare sunt reduse la

Scanned with OKEN Scanner

zona girusului inferior frontal (în piciorul circumvoluției frontale a treia din stânga — centrul Broca), atunci tulburările de expresie au o manifestare limitată temporală. Chiar dacă în faza acută a tulburării apare situația imposibilității articulatorii, această etapă este repede surmontată, persoana rămânând cel mult cu o manifestare a unui efort articulator, fără ca deficitele lingvistice să fie semnificative şi să fie de durată. Concluzionând, se poate spune că afazia Broca este afazia anterioară.

Simptomele specifice acestui tip de afazie sunt (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996; Damasio, 2008):

- vorbirea devine practic imposibilă datorită leziunilor cerebrale, afazia Broca fiind caracterizată printr-o manifestare opusă celei prezente în tabloul afazic senzorial;
- aceasta este caracterizată prin deficite articulatorii, volum al vocabularului redus, agramatism, abilități de comprehensiune verbală relativ funcționale;
- abilitățile articulatorii automate sunt funcționale, în formele uşoare de afazie motorie, ceea ce înseamnă că persoana care prezintă acest tip de afazie poate reda cântecele, poezioare cunoscute, chiar dacă necesită un mic ajutor facilitator din partea terapeutului, interlocutorului; poate număra şi enumera diverse structuri lingvistice engramate paradigmatic;
- abilitățile grafomotorii şi cele lexicale sunt cel puțin la fel afectate ca abilitățile lingvistice orale;
- persoanele care prezintă acest tip de tulburare afazică sunt conştiente de deficitele cu care se confruntă.

5.1.2.2. Afazia motorie transcorticală

Afazia motorie transcorticală este o formă mai uşoară de afazie Broca, în care apar dificultăți expresive de limbaj (sunt întâmpinate dificultăți majore în sarcinile care presupun oferirea de răspunsuri la întrebări), în timp ce abilitățile receptive sunt funcționale. În sarcinile de repetiție a structurilor date, persoanele care prezintă

Scanned with OKEN Scanner

afazie motorie transcorticală înregistrează performanțe. Leziunile în cazul acestui tip de afazie pot fi localizate atât la nivelul lobului frontal, în ariile premotorii, cât şi la nivel subcortical. Leziunile sunt cauzate de un infarct cerebral minor.

5.1.2.3. Afazia globală

Este o formă complexă, severă, de afazie nonfluentă. Din punct de vedere simptomatologic, definitorie pentru afazia globală este combinarea tabloului motor şi a celui senzorial, ceea ce înseamnă că persoana care prezintă acest tip de tulburare afazică are abilități articulatorii deficitare, dar şi abilități de înțelegere verbală reduse. Abilitățile expresive ale persoanei care prezintă afazie globală se reduc la expresii faciale, mişcări şi gesturi. Acest tip de afazie implică leziuni extinse la nivelul emisferei stângi (lobul frontal şi parietal), cu blocajul arterei cerebrale mediane. Acest tip de tulburare implică şi o reducere semnificativă a abilităților motorii la nivelul hemicorpului drept (hemiplegie). Legatt, Rubin, Kaplan, Healton, Brust (1987) au demonstrat că diagnosticul de afazie globală poate să nu includă hemiplegia, deficitul motor sever, în condițiile în care afectarea arterei cerebrale mediane, localizată atât în zonele anterioare, cât şi în zonele posterioare, este rezultatul unor infarcturi multiple, izolate. Ceea ce înseamnă că cele două leziuni sunt separate, fără a apărea blocajul global al arterei mediane. Acest tip de afazie globală se recuperează mult mai uşor.

5.2. Criteriul nivelului

Un alt criteriu este cel al nivelului la care sunt instalate tulburările de limbaj. Astfel, se poate distinge între afazia:

- senzorială (receptivă sau de comprehensiune), cunoscută în literatura de specialitate sub numele de afazie Wernicke;
- motorie (expresivă), cunoscută în literatura de specialitate sub numele de afazie Broca;

Scanned with OKEN Scanner

– mixtă (ambele componente ale limbajului sunt afectate, atât componenta receptivă, cât şi componenta expresivă).

Afazia senzorială sau de tip Wernicke şi afazia motorie sau de tip Broca au fost descrise mai sus, particularităţile simptomatologice specifice acestor două tablouri patologice reunindu-se în contextul afaziei mixte.

Afazia mixtă

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) susţin faptul că în practica medicală, terapeutică, formele mixte ale tulburării afazice sunt frecvent întâlnite, formele „pure" fiind mai puţin prezente. Afazie mixtă mai este numită şi afazie totală sau afazie de conducere. Ea este caracterizată prin prezenţa simptomelor specifice afaziei senzoriale, cât şi celei motorii, proporţia dintre ele depinzând de predominanţa uneia sau alteia dintre cele două forme. Leziunea în acest tip de afazie este localizată la nivelul pedunculului frontoparietal, ceea ce înseamnă că se rupe legătura dintre zona motorie a limbajului şi cea senzorială.

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) susţin faptul că afazia mixtă debutează de obicei cu un tablou sever al deficitului de înţelegere, tablou căruia i se asociază un sever deficit expresiv. În timp, deficitul receptiv se reduce, rămânând definitorie tulburarea expresivă. Vorbirea spontană este şi ea afectată, în timp ce abilităţile expresive provocate sunt şi mai afectate. Abilităţile grafomotorii şi cele lexice sunt, de asemenea, deficitare.

5.3. Clasificarea după Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996)

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) delimitează următoarele tipuri şi subtipuri de tulburări afazice, cu precizarea că această abordare are o caracteristică practică, aplicativă, fiind strâns relaţionată cu intervenţia recuperatorie. Din acest punct de vedere pot fi delimitate:

Scanned with OKEN Scanner

- afaziile cauzate de leziuni ale emisferei stângi,
- afazia încrucişată,
- afaziile subcorticale.

5.3.1. Afazia prin leziuni ale emisferei stângi

Se subdivide în:

5.3.1.1. Afazia nonfluentă predominant expresivă

În această categorie sunt delimitate următoarele subcategorii:

1. *Forma combinată cu apraxie bucolinguală.* Acest tip de afazie nonfluentă presupune chiar imposibilitatea articulării, deficitul motor de la nivelul aparatului fonoarticulator fiind major. Uneori persoana care prezintă acest tip de afazie nu poate nici măcar să execute mişcări nonverbale cu buzele, limba sau să îşi mobilizeze musculatura facială. Autoarele menționează faptul că această afazie este una foarte severă, programul terapeutic trebuind să fie inițiat foarte de timpuriu, întrucât după trei luni de la instalarea simptomatologiei recuperarea este aproape imposibilă.

2. *Forma Broca* (este descrisă mai sus). Acest tip de afazie presupune abilități articulatorii limitate, dar chiar şi în aceste condiții se păstrează abilitatea de articulare a unor cuvinte izolate. Autoarele subliniază faptul că acest tip de tulburare se poate recupera în mod semnificativ, caracterul telegrafic al exprimării devenind principala caracteristică.

3. *Afazia cu stil telegrafic.* Afazia Broca se transformă în timp într-una cu stil telegrafic, abilitățile articulatorii ale bolnavului fiind recuperate, în schimb, abilitățile morfosintactice rămânând în continuare deficitare. Autoarele precizează că acest tip de tulburare afazică are o semnificativă rezistență la intervenția terapeutică

5.3.1.2. Afazia fluentă predominant receptivă sau de tip Wernicke

1. *Forma cu jargon şi alexie.* Acest tip de tulburare afazică se caracterizează printr-o serie de particularități: vorbirea este logoreică,

Scanned with OKEN Scanner

uneori cuvintele utilizate sunt inteligibile, alteori acestea sunt semnificativ distorsionate, abilitățile morfosintactice sunt deficitare, lexia şi grafia sunt, de asemenea, deficitare. Este considerată forma cea mai serioasă a afaziilor fluente. Recuperarea este posibilă în astfel de cazuri, specific în recuperare fiind reducerea jargonului (chiar dacă uneori doar puțin).

2. *Forma cu jargon fără alexie.* Acest tip de afazie este mai puțin gravă, pronosticul în recuperare fiind unul favorabil. Abilitățile expresive şi cele morfosintactice nu sunt afectate la fel de serios ca în cazul formei cu jargon şi alexie. Se păstrează abilitățile de lectură, pe baza acestora recâştigându-se abilitățile lexicosemantice, îmbunătățindu-se abilitățile articulatorii şi morfosintactice.

3. *Forma fără jargon.* Este specifică anomia în această formă de tulburare afazică, precum şi abilitățile receptive deficitare. Evoluția este una favorabilă, chiar şi în mod spontan, ceea ce înseamnă că este forma cea mai uşoară de afazie de tip Wernicke.

5.3.1.3. Afazia amnestică

Acest tip de tulburare constă în imposibilitatea reactualizării anumitor cuvinte (de cele mai multe ori substantivele sunt mai greu reactualizate), pacientul recurgând la multe perifraze şi gesturi explicative. Înțelegerea limbajului şi capacitatea fonoarticulatorie se mențin, creându-se impresia de neatenție, lipsă de concentrare, interes scăzut pentru un anumit subiect sau uitare. De fapt anomia, dificultatea de reactualizare a cuvintelor, este semnul principal al unei disfuncționalități cerebrale (mai ales că accidentele vasculare pot fi uneori minore şi consecințele acestora pot trece mai puțin observate).

1. *Afazia amnestică de origine receptivă.* Simptomatologia acestei tulburări implică dificultăți semnificative de reactualizare a cuvântului dorit la un moment dat în fluxul vorbirii, iar străduania persoanei de a reactualiza acel cuvânt presupune reformulări şi încercări articulatorii multiple. Tulburarea se manifestă atât la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul limbajului oral, cât şi la nivelul limbajului scris. Leziunea cerebrală se localizează în zona Wernicke.

2. *Afazia amnestică de origine expresivă.* Acest tip de tulburare presupune o fluenţă verbală mai scăzută decât fluenţa persoanei care prezintă afazie amnestică de origine receptivă. Tulburările articulatorii sunt mai mari, tulburarea manifestându-se prin blocaje, poticniri, pauze, stereotipii, atât în limbajul oral, cât şi în limbajul scris, uneori chiar şi în actul lexic. Încercările persoanei de a găsi cuvântul deficitar sunt mai puţin frecvente. Leziunea cerebrală se situează între zona Broca şi zona Wernicke, cu afectări ale unei părţi din zona Broca.

5.3.1.4. Afazia transcorticală (după Davis, 2007)

1. *Afazia transcorticală senzorială.* Acest tip de afazie se caracterizează prin ecolalie şi dificultăţi de receptare auditivă. Abilităţile articulatorii spontane nu sunt afectate. Afazia transcorticală senzorială evoluează repede spre o manifestare afazică fluentă fără jargon sau o manifestare amnestică de tip receptiv.

2. *Afazie transcorticală motorie.* Dificultăţile articulatorii ale persoanei care prezintă acest tip de tulburare afazică sunt deficitare, în timp ce abilităţile receptive sunt funcţionale. Tulburarea evoluează repede spre o afazie amnestică de tip expresiv sau o afazie nonfluentă, de tip Broca.

5.3.1.5. Afazia mixtă sau de conducere.

Aceasta implică tulburări receptive asociate cu tulburări expresive semnificative. Simptomatologia evoluează repede, tulburările receptive se remit, în timp ce se păstrează tulburările expresive. Uneori acest tip de tulburare evoluează spre o afazie în care anomia se asociază cu tulburările sintactice.

5.3.1.6. Forme pure de afazie

Deşi caracterul pur, nemixat, al tulburărilor afazice este contestat, mai ales în condiţiile în care literatura de specialitate

Scanned with OKEN Scanner

demonstrează că delimitarea zonei motorii a limbajului de cea senzorială nu este una tranşantă (Haţegan, 2011a), Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) descriu câteva forme pure de tulburare afazică, forme caracterizate printr-o dimensiune fie exclusiv motorie, fie exclusiv senzorială; precum şi forme care presupun fie afectarea doar a componentei grafomotorii, fie doar a componentei lexicografice.

1. *Anartria afazică.* Tulburările articulatorii sunt majore, ceea ce conduce la imposibilitatea exprimării verbale.

2. *Surditate verbală pură.* Tulburările receptive sunt majore, fără afectări ale componentei expresive a limbajului, iar vorbirea persoanei care prezintă acest tip de tulburare este fluentă.

3. *Agrafie pură frontală sau asociată cu sindromul Gerstmann* (acest sindrom presupune lezarea lobului parietal stâng în zona girusului angular. Consecinţele leziunii sunt: agrafie sau disgrafie, discalculie sau acalculie, agnozia degetelor, dificultăţi în diferenţierea stânga vs. dreapta. Tabloul afazic este de asemenea prezent, în contextul sindromului Gerstmann, atât cel de natură motorie, cât şi cel de natură senzorială. Intervenţia în contextul acestui sindrom este una care poate conduce la îmbunătăţirea simptomatologiei, mai ales în cazurile în care sindromul este prezent la copii — Rusconi, Pinel, Dehaene, Kleinschmidt, 2010).

4. *Alexie pură (afazică sau agnozică).* Această tulburare presupune dificultăţi majore de recunoaştere şi identificare a grafemelor, a simbolurilor vizuale, ceea ce face ca asocierea fonem-grafem să fie imposibilă.

5.3.2. Afazia încrucişată

Se consideră că limbajul este dependent de funcţionarea emisferei stângi, dominante, dar prezintă posibilitatea existenţei unei afazii încrucişate la bolnavii dreptaci, prin lezarea emisferei nedominante, stângi, caz clinic foarte rar în practica medicală (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea în 1996 raportează o incidenţă de

Scanned with OKEN Scanner

maximum 0,7%, mult mai mică decât cea din literatura de specialitate, care este de 1–2%). Se poate aborda problema afaziei încrucişate şi în cazul dreptacilor care au afectată emisfera dreaptă. De asemenea, sunt realizate studii cu privire la problematica afaziei încrucişate şi în cazul bilingvilor, mai ales atunci când aceştia utilizează sisteme de scriere diferite (vezi limba chineză vs. limba engleză) — Kory Calomfirescu, Kory Mercea, 1996; Hațegan, 2011a. Ca o perspectivă globală de caracterizare a afaziei încrucişate se poate concluziona că simptomatologia acesteia presupune: tulburări receptive şi de pronunție, anomie, deficite de natură vizuo-constructivă, apraxie uşoară, agramatism şi dissintaxie, dificultăți lexicografice semnificative.

5.3.3. Afazii subcorticale

5.3.3.1. Afazia talamică

Rolul talamusului în ceea ce priveşte organizarea limbajului a fost pus în evidență, ceea ce înseamnă că afectarea acestuia implică o serie de tulburări de natură expresivă a limbajului, dificultăți articulatorii, stereotipii verbale, anomie. Abilitățile receptive se păstrează, ceea ce înseamnă că persoana care prezintă acest tip de afazie poate repeta structurile date.

5.3.3.2. Afazia cauzată de leziunile de nucleu caudat și putamen și/sau ale brațului anterior al capsulei interne

Acest tip de afazie este asociată de obicei cu diferite tipuri de sindroame în care apare ca definitorie afectarea structurării limbajului în plan motor şi receptiv în grade de severitate diferite (de la mutism, anomie, stereotipii, la dificultăți articulatorii uşoare, bâlbâială şi dificultăți de receptare auditivă şi de reproducere a structurilor date).

Bak (2005) realizează o descriere a principalelor forme de tulburări afazice, indicând particularitățile diagnostice, deficitele asociate şi zonele cerebrale afectate.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 21. Descrierea rezumativă a principalelor tipuri de tablouri afazice (după Bak, 2005, p. 30).

Diagnostic/ tip de afazie	Principalele caracteristici	Deficite asociate	Localizare (la nivelul emisferei stângi)
Afazia Broca	Ritm lent, monoton, lipsa fluenței verbale, vorbire greoaie, cu poticneli, limbaj telegrafic, agramatism (deficite în utilizarea morfemelor).	Hemipareză dreaptă, dizartrie	Zona arterei cerebrale mediale (zona anterioară)
Afazia Wernicke	Fluență verbală, paragramatism, parafazii, deficite la nivelul comprehensiunii verbale.	Hemianopie dreaptă (mai este denumită și hemianopsie și presupune afectarea câmpului vizual la nivelul aceleiași părți a corpului, la nivelul ambilor ochi, hemianopia dreaptă înseamnă că ambii ochi sunt afectați la nivelul câmpului vizual din partea dreaptă, din cauza accidentului vascular cerebral sau a traumatismelor cerebrale), dislexie	Zona arterei cerebrale mediale (zona posterioară)
Afazia de conducere	Limbaj fluent cu parafazii fonemice, abilități funcționale de comprehensiune verbală, deficite la nivelul abilității de reactualizare după model.	Deficite senzoriale la nivelul hemicorpului drept	Girusul arcuat (lobul parietal inferior), girusul supramarginal
Afazia motorie transcorticală	Abilități articulatorii deficitare, tulburări motorii; abilitățile de înțelegere verbală și de reactualizare a modelului dat sunt păstrate.	Imposibilitatea articulatorie	Lobul frontal, cu afectări profunde la nivel subcortical
Afazia senzorială transcorticală	Limbaj fluent, parafazii semantice, deficite de înțelegere verbală, abilități de reactualizare a modelului articulator dat.	Variabile	În mod tipic este afectată joncțiunea temporoparietală, dar și zona perisylviană anterioară și zonele subcorticale profunde

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Tulburările afazice se caracterizează prin următoarele aspecte:

- **caracterul evolutiv este unul pregnant, simptomatologia afectării afazice este una care se schimbă cu repeziciune, ceea ce înseamnă că severitatea afecțiunii este ușor influențată atât de factori interni (etiologia afecțiunii, localizarea leziunii cerebrale, extinderea acesteia, starea de sănătate fizică a persoanei etc.), cât și de factori externi (mediul de viață, condiții socioeconomice, suportul social primit etc.);**
- **recuperarea spontană a persoanei afazice este posibilă, însă intervenția imediată (intervenția realizată imediat după stabilizarea medicală a beneficiarului) promptă poate asigura un pronostic favorabil;**
- **formele de afazie mixtă sunt cel mai frecvent întâlnite, ceea ce înseamnă că atât demersul de evaluare, cât și cel de intervenție trebuie să fie unele complexe, bine articulate și calibrate în raport cu simptomatologia cazului și cu toți ceilalți factori care pot influența evoluția cazului.**

5.4. Criteriul gradului de severitate

Un ultim criteriu clasificator, ordonator, al tulburării afazice este gradul de severitate al manifestării. Potrivit acestui criteriu (American Speech-Language-Hearing Association ASHA, 2015a), persoana care prezintă afazie uşoară:

- poate avea abilități conversaționale funcționale;
- poate avea dificultăți în înțelegerea verbală a structurilor lungi şi complexe fonologic şi semantic;
- poate avea dificultăți în găsirea cuvintelor (anomie), îşi poate exprima cu dificultate ideile, părerile.

Persoana care prezintă afazie în formă severă:

- nu poate înțelege nimic din ceea ce i se transmite;
- poate exprima foarte puțin sau nu poate produce deloc limbaj verbal oral sau scris;

Scanned with OKEN Scanner

- poate să utilizeze cu dificultate structuri simple de tipul unui salut (de exemplu, „pa"), al exprimării unei nevoi (de exemplu, „dă").

5.5. Abordare conclusivă

Hoffmann şi Chen (2013), în urma studiului epidemiologic condus, au subliniat faptul că subtipurile de tulburări afazice sunt variate şi multiple, la fel şi factorii etiologici care le angrenează, iar în funcție de această multitudine de manifestări simptomatologice variază şi direcțiile de evaluare, pronosticul formulat, precum şi direcțiile de intervenție.

Abordând global, schematizat, problematica subtipurilor de tulburări afazice, pot fi puse în evidență cel puțin două tipuri fundamentale de afazie: anterioară (de tip Broca) şi posterioară (de tip Wernicke), caracteristicile definitorii ale acestor două direcții de diagnostic în contextul tulburării afazice fiind redate sumarizat după ASHA (2015).

ASHA (2015b) delimitează următoarele aspecte ale afaziei expresive, motorii, de tip Broca:

- vorbirea este marcată de blocaje, tulburări articulatorii, disfluențe, repetiții, reveniri, corecții, este prezentă anomia şi cuvintele sunt articulate cu efort;
- sunt utilizate cuvintele izolate pentru a exprima un mesaj;
- sunt omise elementele de legătură de la nivelul propoziției (prepoziții, conjuncții), astfel că vorbirea devine telegrafică;
- apare dissintaxia, cuvintele sunt combinate necorespunzător la nivel propozițional;
- se schimbă ordinea sunetelor la nivel de cuvânt, sunt utilizate cuvinte greşite în locul cuvintelor care denumesc anumite obiecte-țintă (de exemplu, în loc de „masă" spune „scaun", în loc de „fetiță" pronunță „vitiță");
- combină sunetele la nivel de cuvânt în aşa fel încât apar cuvinte neologice şi vorbirea de tip jargon;

Scanned with OKEN Scanner

– în unele cazuri, vorbirea poate fi fluentă, însă cuvintele rezultă în structuri fără semnificație.

ASHA (2015b) rezumă caracteristicile afaziei Wernicke prin următoarele aspecte:

– este nevoie de mai mult timp, chiar de activități facilitatoare, pentru ca persoana care prezintă afazie Wernicke să poată recepta mesajele transmise;
– este dificil să urmărească, să asculte şi să înțeleagă vorbire la radio, la televizor sau chiar şi vorbirea interlocutorului, din cauza vitezei cu care vorbitorul nativ se exprimă;
– sensul figurat nu poate fi perceput sau este perceput cu dificultate, prin urmare expresiile idiomatice sunt înțelese în termeni literali;
– abilitățile comunicaționale sunt semnificativ reduse, ceea ce creează o stare de frustrare atât pentru persoana care prezintă afazie, cât şi pentru interlocutor, fiind frecvente situațiile în care se renunță la conversație.

DE REȚINUT!

Tulburările afazice presupun deficite și disfuncționalități la nivelul:

- **componentei verbale orale (la nivel expresiv) — dificultăți articulatorii și coarticulatorii, substituiri de sunete și silabe, abilități gramaticale reduse, abilități semantice deficitare, utilizarea unor cuvinte alterate major — jargon etc.;**
- **componentei verbale orale/comprehensiunii (la nivel receptiv) — dificultăți de receptare a inputului auditiv, dificultăți de procesare a stimulilor auditivi, dificultăți de organizare a mesajului verbal în funcție de stimulii auditivi din jur, dificultăți în decodarea sunetelor, silabelor, cuvintelor sau propozițiilor, dificultăți de repetare a mesajului-țintă etc.;**
- **componentei verbale scrise/scrisului (la nivel expresiv) — dificultăți grafomotorii, dificultăți de copiere a literelor, dificultăți de scriere a cuvintelor; apar o serie de inversiuni, substituiri de sunete și silabe, dificultăți gramaticale și sintactice;**

Scanned with OKEN Scanner

- componentei verbale/cititului (la nivel receptiv) — dificultăți de recunoaștere a simbolurilor grafice, dificultăți de asociere a sunetului cu grafemul corespunzător, dificultăți de recunoaștere a cuvintelor scrise, dificultăți de comprehensiune a materialului verbal.

6. Incidența și prevalența afaziei

ASHA (2015a) delimitează incidența afaziei în populație ca referindu-se la numărul cazurilor noi într-o anumită perioadă de timp. Pentru SUA, incidența raportată a afaziei este de 80 000 de cazuri noi pe an.

Prevalența afaziei în populație este delimitată ca referindu-se la numărul total al persoanelor care prezintă această tulburare (ASHA, 2015a). Pentru SUA, prevalența raportată a afaziei este aceea de 1 milion de cazuri, adică 1 din 250 (0,4%) persoane prezintă tulburări afazice. ASHA (2015a) subliniază că incidența tulburărilor afazice nu este influențată de gen.

În țara noastră, Crăciun (2001, 2009) subliniază că incidența tablourilor afazice în populația românească este de 1,5 % (adică la noi în țară incidența tablourilor afazice este de aproximativ 4 cazuri la 250 de persoane, o incidență mult mai crescută decât în SUA).

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) subliniază că frecvența afaziei este mai crescută în cazul bărbaților. De asemenea, autoarele notează o distincție între tulburarea afazică motorie, mai specifică tinerilor, şi tulburarea afazică senzorială, mai specifică persoanelor în vârstă.

Aceeaşi incidență mai crescută a tablourilor afazice în rândul bărbaților este subliniată şi de Crăciun (2001, 2009), indicând o rată de 58,9% a incidenței tablourilor afazice la bărbați comparativ cu prevalența tablourilor afazice mai scăzută în rândul femeilor, unde incidența raportată este de 41,1%. Crăciun (2001, 2009) menționează că incidența tablourilor afazice creşte direct proporțional

Scanned with OKEN Scanner

cu înaintarea în vârstă, indiferent de gen. La vârsta tânără, acesta nu raportează diferențe între cele două genuri cu privire la numărul cazurilor de afazie, diferențele fiind subliniate în intervalul de vârstă 40-60 de ani, când apare o prevalență mai crescută a tablourilor afazice în rândul bărbaților, dar şi după 60 de ani, când prevalența mai crescută a tablourilor afazice este raportată în rândul populației feminine.

Dickey, Kagan, Lindsay, Fang, Rowland, Black (2010) au realizat un studiu pentru a stabili incidența tulburărilor afazice, raportate la cazurile cu AVC prezentate la camera de urgență a tuturor spitalelor din Ontario, Canada. Studiul acestora s-a derulat pe o populație de 3 207 persoane, dintre care 1 131, adică un procent de 35%, au prezentat tulburări afazice. Aceste date au indicat că tulburările afazice angrenate pe fondul AVC corelează cu: perioada mai lungă de spitalizare, gradul crescut de utilizare a serviciilor de reabilitare, rata crescută a terapiei administrate împotriva trombozelor, dar mai ales cu înaintarea în vârstă.

În țara noastră, la fel ca la nivel mondial, AVC reprezintă principala cauză a tulburărilor afazice. Ponderea tulburărilor afazice şi a AVC este mai crescută în țările din Europa de Est față de țările din Europa de Vest. Prin urmare, se poate sublinia nevoia de identificare a factorilor de risc pentru AVC şi a măsurilor care pot preveni apariția acestuia. Hemoragiile cerebrale se constituie în cauza care conduce la apariția tablourilor afazice în 10–15% dintre cazurile de AVC (la nivel mondial, iar în țara noastră acestea au o pondere de 30-35%). Rata mortalității este foarte crescută la pacienții cu aceste patologii (rata mortalității fiind de 32–50% în primele 30 de zile de la instalarea AVC) — datele sunt preluate din „Ghidul de diagnostic şi tratament pentru bolile cerebrovasculare" al Ministerului Sănătății din țara noastră (2009).

Crăciun (2001, 2009), luând în considerare principalele forme de tablouri afazice, raportează următoarea incidență a subtipurilor de tulburări afazice în populația din țara noastră: afazia motorie

Scanned with OKEN Scanner

(expresivă, 52,9%), afazia senzorială (receptivă 39,2%) şi afazia mixtă (7,9%). Se poate sublinia faptul că incidența tablourilor afazice motorii, expresive este mai crescută în populația din țara noastră comparativ cu tablourile senzoriale sau mixte.

7. Direcții de evaluare a persoanei care prezintă afazie

Persoana care prezintă afazie trebuie evaluată din mai multe puncte de vedere:

- evaluarea funcționării cognitive;
- evaluarea neuromotorie şi psihomotorie;
- evaluarea limbajului şi a abilităților comunicaționale;
- evaluarea calității vieții;
- evaluarea autoeficacității comunicaționale, evaluarea integrată.

Desigur, acest tip de evaluare psihologică şi psihopedagogică trebuie îngemănată cu o evaluare medicală de specialitate, neurologică, neuropsihiatrică.

Examinarea logopedică şi psiholingvistică se poate realiza sub formă de conversație liberă, interviu standard sau teste, în vederea studierii tulburărilor de limbaj atât în mod cantitativ, cât şi calitativ (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996).

7.1. Evaluarea funcționării cognitive

Abilitățile cognitive pot fi afectate în condițiile apariției unei leziuni la nivelul SNC, în aceste condiții evaluarea persoanei care prezintă afazie trebuind să delimiteze şi măsura în care afectarea neurologică conduce la dificultăți de procesare a informației.

Domeniul cognitiv în contextul tulburării afazice poate fi abordat fie prin utilizarea probelor, bine cunoscute, care oferă informații

Scanned with OKEN Scanner

despre abilitățile cognitive, fie prin utilizarea unor probe special concepute, adresate persoanelor care prezintă leziuni cerebrale.

Dintre probele generale, nespecifice persoanelor afazice, sunt recomandate cu precădere probele nonverbale şi de performanță, mai ales atunci când afectarea neurologică împiedică exprimarea verbală funcțională.

Dintre probele care sunt utilizate în evaluarea cognitivă a persoanelor afazice menționăm:

- Matrici Progresive Raven Color (Bateria Western prevede utilizarea Raven Color);
- Wisconsin Card Sorting Test (Testul Wisconsin de sortare a cardurilor — WCST);
- Corsi Block Tapping Test (Testul Corsi de indicare a cuburilor);
- The Test of Non-Verbal Intelligence (Testul de inteligență nonverbală — TONI).

Christy şi Friedman (2005) pun în evidență utilitatea probei TONI prin comparație cu testul Raven. TONI este un test nonverbal, cu un grad mare de reprezentare figurală, abstractă, care implică într-o mai mică măsură procesări de natură lingvistică. Prin urmare, Christy şi Friedman (2005) pun în evidență valoarea mult mai crescută a testului pentru evaluarea persoanelor afazice, subliniind faptul că în urma studiului derulat (N=18 participanți) abilitățile nonverbale ale persoanelor afazice sunt mult mai corect evaluate. Astfel, rezultatele studiului au arătat că evaluarea cu ajutorul testului Raven este direct dependentă de abilitățile de comprehensiune verbală, precum şi de gradul de severitate al tabloului afazic (abilități evaluate prin Boston Diagnostic Aphasia Examination — BDAE). Între rezultatele la testul TONI şi comprehensiunea verbală, precum şi gradul de severitate al tabloului afazic, nu apar corelații semnificative. Prin urmare, sunt subliniate diferențele dintre utilitatea testului Raven şi a testului TONI în contextul tulburărilor afazice, permițând formularea concluziei potrivit căreia testul TONI are mai multă valoare diagnostică decât testul Raven în cazul acestei patologii.

Scanned with OKEN Scanner

Atât între rezultatele obținute la testul Raven, cât şi cele obținute la testul TONI şi abilitățile de repetare, de denumire şi fluență verbală (abilități evaluate prin BDAE), au fost obținute corelații nesemnificative, ceea ce întăreşte valoarea şi importanța testelor nonverbale de evaluare a inteligenței în contextul tulburărilor afazice (Christy, Friedman, 2005).

Printre probele care asigură o evaluare specifică a funcționării cognitive în contextul tablourilor afazice este The Montreal Cognitive Assessment (Evaluarea cognitivă Montreal — MoCA). Această modalitate de evaluare a fost special creată în vederea stabilirii gradului de afectare a funcționării cognitive, în situația în care persoana evaluată a suferit un accident vascular cerebral. Utilitatea probei în aceste condiții patologice specifice a fost pusă în evidență pe un lot de 294 de persoane, studiul fiind condus de Cumming, Bernhardt şi Linden (2011). Rezultatele studiului au subliniat că 65% dintre participanții la cercetare prezentau dificultăți de procesare cognitivă, ceea ce a demonstrat faptul că MoCA poate fi utilizat în condițiile tablourilor postlezionale neurologice, acest instrument dovedind fezabilitate diagnostică.

Evaluarea deficitelor cognitive la persoanele afazice se poate realiza şi prin intermediul bateriilor neuropsihologice, instrumente care permit evidențierea particularităților proceselor atenționale, executive, mnezice, vizuospațiale, vizuoconstructive. Realizând o trecere în revistă a scrierilor de specialitate, putem menționa o serie de articole şi studii care arată relații între structurarea deficitară a proceselor cognitive şi abilitățile lingvistice ale persoanelor afazice, ceea ce înseamnă că relația dintre limbaj şi cogniție este important de abordat şi în contextul tulburărilor afazice. Exemplificăm în acest sens următoarele studii:

- studiul coordonat de Murray (2012) este focalizat asupra relației dintre procesele atenționale şi structurarea limbajului, în contextul patologiilor ulterioare accidentelor vasculare cerebrale;

Scanned with OKEN Scanner

- studiul coordonat de Seniów, Litwin şi Leśniak (2009) arată că îmbunătățirea abilităților mnezice vizuospațiale are impact în special asupra abilităților lingvistice de denumire şi comprehensiune verbală, deşi autorii nu au obținut date semnificative statistic cu privire la relația dintre abilitățile cognitive nonverbale şi reabilitarea limbajului, în contextul tulburărilor afazice.
- studiul coordonat de Leśniak, Bak, Czepiel, Seniów şi Członkowska (2008) subliniază incidența în procente a deficitelor cognitive la persoanele afazice, arătând faptul că aceste tulburări pot fi prezente fie în formă singulară, fie asociate. Autorii au arătat pe un lot de 200 de participanți la cercetare că incidența deficitelor cognitive în perioada postacută lezionară la persoanele afazice este de 78%, deficitele atenționale apar în 48,5% dintre cazuri, tulburările de limbaj în 27%, tulburările mnezice în 24,5%, în timp ce afectarea funcțiilor executive este întâlnită în 18,5% din cazuri. Autorii au reevaluat după un an 80 dintre participanții la evaluarea inițială şi au concluzionat că cele mai pregnante deficite cognitive sunt întâlnite în sfera atențională. Prin urmare, acest studiu atrage atenția asupra importanței derulării unor programe de intervenție care să se focalizeze asupra tulburărilor atenționale. Studiul a subliniat şi relația dintre vârsta înaintată a persoanelor şi afectarea funcțiilor cognitive ca factor predictiv pentru formularea unui prognostic rezervat cu privire la recuperarea persoanei afazice.

Având în vedere toate aceste date cu privire la funcționarea cognitivă a persoanelor afazice, se poate sublinia nevoia crescută a abordării şi a acestui domeniu în procesul de intervenție şi recuperare.

7.2. Evaluarea abilităților neuromotorii și psihomotorii

Evaluarea motorie şi psihomotorie este foarte importantă în contextul tulburărilor afazice, mai ales că multe dintre tulburările afazice

Scanned with OKEN Scanner

se asociază cu tablouri neuromotorii majore, hemiplegia fiind cel mai frecvent întâlnită tulburare motorie în astfel de cazuri.

Evaluarea motorie trebuie realizată atât de neurolog, cât şi de un psihomotrician sau kinetoterapeut, în funcţie de gravitatea tulburării, pentru a se putea stabili nevoile de recuperare în fiecare caz în parte şi pentru a se putea proiecta cel mai acurat demers de intervenţie.

Componenta de psihomotricitate poate fi abordată şi în termeni logopedici, având în vedere că această componentă se constituie în preachiziţie pentru structurarea limbajului. Această componentă reuneşte preachiziţiile limbajului şi asigură baza, fundamentul, reabilitării abilităţilor lingvistice şi de comunicare, ea incluzând: orientarea spaţiotemporală, structurile senzorioperceptive, lateralitate, schemă corporală, abilităţile respiratorii, abilităţile de procesare auditivă şi fonologică, abilităţile motorii grosiere şi fine, perceperea şi reproducerea structurilor ritmice. Această componentă este abordată pe larg atât ca direcţie de evaluare, cât şi ca direcţie de intervenţie de Bodea Haţegan (2013), subliniindu-i-se atât valoarea diagnostică, cât şi cea terapeutică în abordarea tulburărilor de limbaj şi comunicare.

7.3. Evaluarea abilităţilor lingvistice şi conversaţionale

7.3.1. Examinarea prin conversaţie sau analiza mostrelor de limbaj

Acest tip de examinare (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996) se realizează pe baza unui interviu structurat şi standardizat, pornind de la datele personale, anamnestice, ale bolnavului, cuprinzând informaţii despre familie, îmbrăcăminte, încălţăminte, alimentaţie, stare de sănătate. Datele cantitative sunt extrem de preţioase, însă importanţa datelor calitative este la rându-i de netăgăduit.

Datele cantitative se obţin prin cuantificarea numărului de cuvinte produse de bolnav într-o anumită situaţie. Voinescu (1980)

Scanned with OKEN Scanner

a descris o probă bazată pe 27 de întrebări prin care încerca să ofere câteva date despre limbajul şi abilităţile de comunicare ale persoanei afazice. Autorul oferă şi câteva reguli de cotare şi interpretare a datelor obţinute prin aplicarea acestei modalităţi de examinare a bolnavului afazic. Astfel, se menţionează faptul că pe marginea celor 27 de întrebări persoana afazică poate să ofere răspunsuri utilizând un număr de 300 până la 500 de cuvinte, în timp ce un număr mai mic scoate în evidenţă volumul redus al vocabularului acestuia, iar un număr mai mare, tulburarea de tip logoreic. Raportul dintre numărul total de cuvinte şi numărul de cuvinte diferite trebuie să fie exprimat astfel: 2,3–2,9, ceea ce reprezintă abilităţile comunicaţionale funcţionale. Acest indice poate fi puternic perturbat de parafazii, de intoxicaţiile cu cuvânt (stereotipii şi perseverenţe), de stilul telegrafic al persoanei care prezintă afazie. În analiza cuvintelor sunt urmărite toate nivelurile limbii: fonetic, fonematic, lexical, semantic, morfologic, dar şi pragmatic. Astfel, se cuantifică fiecare dintre producţiile verbale înregistrate, de exemplu cuvinte operaţionale — prepoziţii, conjuncţii — folosite în mod adecvat se acordă 2 puncte, 0,5 puncte se acordă dacă răspunsul este neadecvat.

Datele calitative sunt obţinute prin acordarea de atenţie fluenţei, cursivităţii, modului în care vorbirea persoanei care prezintă afazie este receptată de cei din jur. Pentru a realiza o abordare calitativă corectă sunt identificate şi abordate toate manifestările simptomatologice, atât sub aspectul frecvenţei, cât şi sub aspectul severităţii.

Un indicator cantitativ asupra producţiei verbale a persoanei poate fi oferit prin calcularea MLU (lungimea medie a enunţului) — morfeme şi MLU-cuvinte. În limba română valoarea 9 pentru MLU-morfeme şi 4,5 pentru MLU-cuvinte punctează un nivel verbal funcţional pentru copil (Haţegan, 2010). Pentru adulţi, proba ar putea fi standardizată în cadrul unor cercetări viitoare. Colectarea datelor şi calcularea valorii MLU presupun: preluarea unor mostre de limbaj din vorbirea spontană provocată (cel puţin 50 de

Scanned with OKEN Scanner

enunțuri), contabilizarea numărului de morfeme și a numărului de cuvinte și împărțirea acestui număr la numărul total de enunțuri colectate, rezultând practic cele două valori pentru MLU-morfeme și MLU-cuvinte.

7.3.2. Examinarea prin utilizarea unor probe psiholingvistice specifice

Aceste probe vizează, pe de o parte, exprimarea, producerea de limbaj și, pe de altă parte, recepția limbajului.

Bak (2005) realizează delimitarea principalelor probe informale de evaluare a limbajului. În tabelul de pe pagina următoare prezentăm această abordare completată cu exemple și cu alte sarcini.

Voinescu și Gheorghiță (1978) oferă o serie de modalități de cuantificare a rezultatelor la probele menționate în tabelul 22, aceste modalități obiectivând demersul de evaluare și asigurând realizarea unui pronostic raportat la valorile normative.

Wilshire, Lukkien și Burmester (2014) au demonstrat importanța utilizării unei probe de evaluare bazate pe producerea de propoziții în contextul afaziei. Autorii au realizat un studiu pe un număr de 24 de persoane cu afazie și au arătat că datele obținute la testul de elaborare de propoziții au o valoare predictivă mai crescută pentru abilitățile comunicaționale decât sarcinile bazate pe cuvinte izolate. Testul de elaborare de propoziții presupune ca afazicul să structureze enunțuri pe baza unor imagini. Acest tip de test poate fi ușor adaptat și specificului limbii, culturii, dar și în funcție de interesele persoanei examinate.

Boyle (2014) a încercat să demonstreze în ce măsură componenta lexicală, măsurată prin sarcini de identificare a cuvântului care lipsește dintr-o structură lingvistică mai mare, se poate constitui într-o sarcină edificatoare cu privire la abilitățile lingvistice ale bolnavului afazic. Cercetarea derulată de acesta a demonstrat că o simplă administrare a unei astfel de sarcini (construită din cinci itemi) nu poate oferi date concludente despre abilitățile lingvistice

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 22. Probe informale de evaluare a limbajului în contextul afaziei

Componenta lingvistică evaluată	Probe informale de evaluare	Coordonate ale demersului evaluativ
Vorbirea spontană	– conversația liberă, spontană (i se cere persoanei să se prezinte); – adresare de întrebări organizate sub forma unui interviu (cu scopul de a culege date anamnestice); – sarcini de descriere a unei imagini, a unui tablou.	– fluența vorbirii; – abilitățile articulatorii; – apariția simptomatologiei afaziei (se indică tipul pregnant de manifestare simptomatologică); – comportamentul persoanei afazice (mișcările compensatorii, parazite, încercarea de autocorectare, perseverența în identificarea cuvântului dorit sau în articularea corectă etc.); – implicațiile emoționale ale tulburării cu care se confruntă (evitarea comunicării, interacțiunii sociale, reacții neurovegetative etc.).
Denumirea	– sarcini de denumire a obiectelor, imaginilor, simbolurilor date; – sarcini de identificare a obiectului/animalului pe baza descrierii sumare date (de exemplu, denumiți animalul principal de tracțiune din țara noastră).	– nivelul greutății în găsirea cuvântului urmărit; – pronunția defectuoasă a cuvântului (exemplu: se notează prezența parafaziilor fonemice, semantice, a substituțiilor și deformărilor articulatorii, a neologismelor); – utilizarea noțiunii supraordonate (în loc de „leu" spune „animal"); – stereotipii verbale și perseverări.
Repetiția (reactualizarea modelului articulator dat)	– sarcini de reactualizare a modelului articulator dat (sunete, silabe, cuvinte, sintagme, propoziții). Modelul articulator poate fi oferit de evaluator sau poate fi audiat de pe o înregistrare audio.	– se notează parafaziile, substituirile, inversiunile, distorsiunile sunetelor, cuvintelor date; – la nivel sintagmatic și propozițional se notează dacă persoana evaluată omite sau nu anumite unități lingvistice date; – se notează pauzele și poticnelile din planul articulator.

Scanned with OKEN Scanner

Componenta lingvistică evaluată	Probe informale de evaluare	Coordonate ale demersului evaluativ
Comprehensiunea/ înțelegerea verbală	– probe de executare a unor sarcini date (de exemplu: „Deschide ușa!"); – probe de lexie/audiție și de răspuns la întrebări pe marginea textului citit sau audiat.	– erori de a materializa instrucțiunea, sarcina dată; – respectarea secvențialității de derulare a sarcinii date; – gradul de corectitudine a răspunsurilor oferite.
Completarea propozițiilor	– sarcini de completare a unor propoziții incomplet date; – sarcini de a selecta din variante posibile itemul care ajută la completarea propoziției date.	– corectitudinea identificării elementelor care se potrivesc cu restul propoziției; – deficitele articulatorii sau grafemice înregistrate atunci când pronunță sau scrie itemii cu care completează propoziția dată; – modul în care contextul semantic facilitează denumirea.
Definirea (circumscrierea noțional-verbală)	– probă de definire a unei liste de cuvinte.	– se apreciază nivelul abilităților lexicosemantice; – se notează deficitele articulatorii și gramaticale înregistrate; – se stabilește nivelul fluenței verbale (numărul unităților lingvistice denumite într-un minut).
Procesările fonologice	– sarcini de analiză fonemică (de exemplu: Se aude sunetul „u" în cuvântul „urs" sau nu? Dacă da, unde este poziționat?); – sarcini de diferențiere auditivă (Sunt sau nu identice cele două cuvinte audiate?); – sarcini de segmentare fonemică și silabică, apoi de sinteză fonologică; – sarcini de stabilire dacă două cuvinte sau mai multe rimează sau nu; – sarcini de eliminare a cuvântului care nu rimează;	– se notează erorile înregistrate în sarcini de analiză și sinteză fonematică; – se notează erorile înregistrate în sarcinile de identificare și generare a rimelor; – se delimitează între tulburările articulatorii și cele de procesare fonologică (de natură senzorială).

Scanned with OKEN Scanner

Componenta lingvistică evaluată	Probe informale de evaluare	Coordonate ale demersului evaluativ
	– sarcini de generare de rime după model; – sarcini de construire de cuvinte noi pornind de la un sunet sau de la silaba dată; – sarcini de enumerare a cât mai multor cuvinte care încep cu un anumit sunet, într-o unitate dată de timp; – sarcini de deliție sau adiție de sunete și silabe și de sinteză a sunetelor rămase/rezultate, pentru a pronunța cuvântul obținut.	
Automatismele verbale	– sarcini de numărare; – sarcini de denumire a zilelor săptămânii, lunilor anului.	– se notează latența articulatorie; – se notează erorile înregistrate; – se notează revenirile asupra corectării erorilor conștientizate; – se notează perseverența și stereotipiile verbale.
Ieșirea din automatismele verbale	– sarcini de numărare inversă; – sarcini de denumire inversă a zilelor săptămânii și a lunilor anului; – sarcini de tip Stroop (de exemplu, când vede culoarea verde, zice roșu și când vede roșu, zice verde); (studii care să reflecte efectul Stroop la persoanele care prezintă afazie sunt puține, Weiner, Connor, Obler, 2004 au arătat că persoanele afazice prezintă activări și efecte inhibitorii similare cu persoanele valide, ceea ce face ca acest tip de probe să fie utile în evaluare și intervenție).	– se notează latența articulatorie; – se notează erorile înregistrate; – se notează revenirile asupra corectării erorilor conștientizate; – se notează perseverența și stereotipiile verbale și tendința de a pronunța automat itemii în forma fixată; – se notează consumul energetic cu care inhibă răspunsul prepotent; – se apreciază comportamentul persoanei (mișcările involuntare, reacțiile de manifestare a frustrării fiindcă întâmpină erori).

Scanned with OKEN Scanner

ale persoanei cu afazie. În aceste condiții, cu privire la evaluarea persoanei cu afazie, se poate sublinia nevoia evaluării complexe, utilizându-se o baterie de probe de natură psihologică, psihopedagogică şi psiholingvistică, precum şi date medicale, date de natură socială şi culturală. Doar prin această abordare multifațetată evaluarea persoanei care prezintă afazie poate să se realizeze corect, iar rezultatele obținute în urma evaluării să se materializeze într-un program eficient de intervenție recuperatorie.

Pentru evaluarea abilităților lingvistice, Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) propun **proba Pierre-Marie.** Această probă constă într-un exercițiu de clasificare mentală a trei bucăți de hârtie aşezate pe masă, o bucată mare, una mică, una mijlocie. Persoanei care prezintă afazie i se cere să-i dea examinatorului la comandă bucata mare, să ia pentru el bucata mică şi să spună ce bucată a rămas pe masă.

O altă probă este **proba Token** (probă utilizată încă din 1976), care presupune decodarea unei matrice de cuvinte care indică un singur cuvânt pe baza caracteristicilor (culoare, formă, mărime). De exemplu: „Te rog să îmi indici cana mare şi roşie care este pe masă"; „Pune cercul roşu sub pătratul albastru". Proba este una foarte cunoscută şi măsoară abilitățile de receptare, de comprehensiune verbală ale bolnavului care prezintă afazie prin 62 de comenzi. Jarzebska (2007) a evidențiat importanța utilizării probei pentru diagnosticarea tabloului de afazie, subliniind şi valori cantitative care pot orienta evaluatorul spre diagnosticul de afazie.

O altă probă care se poate utiliza în diagnosticarea şi monitorizarea tulburării afazice apărute în urma unui accident vascular cerebral este **Mississippi Aphasia Screening Test (MAST).** Valoarea probei a fost pusă în evidență de Romero et al. (2012), aceştia subliniind valoarea probei atât pentru diagnosticarea, cât şi pentru monitorizarea persoanei care prezintă afazie. MAST conține 9 subteste, grupate pe două direcții, şi anume subteste care vizează *componenta de limbaj expresiv* (subtestele incluse în această categorie

Scanned with OKEN Scanner

conțin sarcini de: denumire; limbaj automat — numărat până la 10, enumerarea zilelor săptămânii, expresii verbale; repetiții; scriere; fluență verbală) și *componenta de limbaj receptiv* (subtestele incluse în această categorie conțin sarcini de: răspuns la întrebări de forma „da" sau „nu", recunoașterea obiectelor, citirea instrucțiunilor, executarea instrucțiunilor date), Nakase-Thompson, 2004.

7.3.3. Probe de lexie

Probele de lexie vizează atât abilitățile lexice receptive (cât de mult înțelege persoana care prezintă afazie din ceea ce i se citește sau din ceea ce ea citește), cât și abilitățile lexice expresive (cât de fluent și corect citește persoana care prezintă afazie).

Probele de lexie pot viza:

- lexia literelor și a silabelor;
- lexia cuvintelor;
- lexia propozițiilor;
- lexia textelor.

Aprecierea abilităților lexice în baza acestor probe organizează demersul de intervenție în acest plan lingvistic, având în vedere creșterea gradată a complexității abilităților lexice, de la nivelul literei, la nivelul textului.

Parametrii în baza cărora se realizează aprecierea abilităților lexice sunt: fluență, corectitudine și nivel de comprehensiune. În acest sens se poate utiliza Proba de evaluare și antrenare a fluenței în citire (PEAFC) — Bodea Hațegan, Talaș, 2014.

7.3.4. Probe de grafie

Probele de grafie pot prezenta grade diferite de complexitate, de la copierea de litere, cuvinte, propoziții și texte la elaborarea de structuri lingvistice în funcție de un criteriu dat. Probele de grafie pot include și sarcini de copiere sau scriere a numerelor.

Parametrii în baza cărora se realizează aprecierea abilităților grafomotorii ale persoanei care prezintă afazie sunt:

Scanned with OKEN Scanner

- forma grafemelor;
- mărimea grafemelor;
- orientarea grafemelor;
- asocierea fonemelor cu grafemele corespunzătoare;
- substituirea sau omiterea anumitor grafeme;
- organizarea şi utilizarea spaţiului de scriere;
- aspectul global al mesajului scris.

7.3.5. Probe pentru calcul matematic

Probele pentru evaluarea abilităţilor de numeraţie, de calcul matematic simplu şi de rezolvare de probleme sunt de asemenea foarte importante pentru evaluarea complexă a persoanei care prezintă afazie. Aceste probe surprind atât abilităţile lingvistice, cât şi implicaţiile cognitive ale procesului lezional de la nivel neurologic.

7.3.6. Probe complexe/integrate de evaluare a persoanei care prezintă afazie

O baterie completă de investigare a persoanei care prezintă afazie este *bateria Western (Western Aphasia Battery — WAB)*, probă utilizată cu succes în ţara noastră, validată pe populaţie românească de Crăciun (2001, 2009).

Această baterie investighează aspecte care ţin de funcţionarea globală a persoanei care prezintă afazie (prin 34 de subteste): vorbirea spontană, înţelegerea verbală auditivă, repetarea, denumirea, lexia, grafia, apraxia, capacitatea constructivă, vizuospaţială şi de calcul, neuitând însă de importanţa elementelor anamnestice.

Această probă oferă date cu privire la subtipurile de afazie în funcţie de localizarea leziunii. Datele obţinute în urma aplicării acestei baterii de examinare exprimă:

- un coeficient de afazie (AQ). Acest coeficient se calculează prin analiza rezultatelor înregistrate la nivelul sarcinilor care vizează limbajul oral;

Scanned with OKEN Scanner

- un coeficient lingvistic (LQ). Acest coeficient se calculează prin analiza rezultatelor obținute la probele care vizează atât limbajul oral, cât şi cel scris;
- un coeficient cortical (CQ). Acest coeficient se calculează prin analiza globală a performanțelor înregistrate la toate probele cuprinse în această baterie.

O altă probă complexă de evaluare este bateria *Boston Diagnostic Aphasia Examination — BDAE* (elaborată de Goodglass şi Kaplan, 1972 după Spreen, Risser, 2003). Această probă realizează o evaluare complexă a persoanei care prezintă afazie, pe următoarele subdomenii: abilități lingvistice receptive, abilități lingvistice expresive (denumire, repetiții, conversație liberă), citire, scriere, abilități motorii. Proba conține 34 de subteste şi oferă informații legate de tipul de tulburare afazică pe care persoana investigată o prezintă, precum şi date cu privire la gradul de severitate al tulburării.

Testul prin care se poate realiza diagnosticul diferențial în cazul tulburării afazice este un alt instrument complex utilizat în evaluarea persoanei care prezintă afazie, *Minessota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia/MTDDA* (test elaborat de Schuell, 1965 apud Patterson, Chapey, 2008). Această probă conține 46 de subteste prin care se vizează gradul de severitate al implicațiilor tulburării afazice la nivelul vorbirii (limbajului oral expresiv), înțelegerii verbale (limbajului oral receptiv), abilităților grafomotorii (scrierii, limbajului scris expresiv) şi abilităților lexice (citirii, limbajului scris receptiv). Aceste patru subcompetențe ale competenței comunicaționale sunt abordate în termeni cantitativi, din punctul de vedere al severității afectării, pe o scală de la 0 la 6. Testul oferă date cu privire la asocierea sau nu a tabloului afazic cu deficite motorii sau senzoriale.

Un profil diagnostic poate fi elaborat prin intermediul *Aphasia Diagnostic Profiles — ADP* (profil elaborat de Helm–Estabrooks, 1992 apud Patterson, Chapey, 2008). Proba conține 9 subteste prin care se realizează evaluarea vorbirii, ascultării, citirii, scrierii şi gesturilor.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, datele sunt colectate pe baza informațiilor date de persoana examinată, fiind vizate valoarea comunicativă a acestor informații și implicațiile socioemoționale ale tulburării cu care se confruntă. Datele brute sunt convertite pentru a elabora cinci profiluri de dezvoltare: profilul tipului de afazie, profilul severității tulburării, profilul strategiilor de comunicare alternativă, profilul erorilor înregistrate și profilul comportamental. Pe baza datelor obținute în urma aplicării acestei probe poate fi formulat și un pronostic.

Indexul abilităților de comunicare Porch (*Porch Index of Communicative Ability — PICA*, elaborat de Porch 1967, apud Patterson, Chapey, 2008) este un alt instrument valoros utilizat în evaluarea complexă a tablourilor afazice. Acest instrument este un test standardizat prin care se stabilește gradul de severitate al tulburării și se poate formula un pronostic acurat. Proba conține 18 teste prin care se evaluează abilitățile verbale, gestuale și grafice prin intermediul a 10 obiecte comune (de exemplu chei, pix). Sistemul de notare este de 16 puncte, acesta codând cinci dimensiuni ale comportamentului persoanei evaluate: comportamentul este complet, acurat, prompt, cu un nivel de responsivitate și eficiență.

În literatura de specialitate pot fi delimitate și o mulțime de alte probe complexe care permit evaluarea persoanei care prezintă afazie. Dintre acestea menționăm:

- *The Comprehensive Aphasia Test — CAT* (Swinburn, Porter, Howard, 2004 apud Patterson, Chapey, 2008). Acest test este dimensionat pe evaluarea abilităților cognitive, a abilităților lingvistice, dar conține și un chestionar cu privire la dizabilitățile cu care persoana se confruntă;
- *The Neurosensory Center Comprehensive for Aphasia* (Spreen, Benton, 1977 apud Patterson, Chapey, 2008), o probă care evaluează global abilitățile lingvistice prin 20 de subteste;
- *Bilingual Aphasia Test* (Paradis, Libben, 1987, 1993 apud Patterson, Chapey, 2008), o probă care evaluează persoana care prezintă afazie în contextul în care aceasta este bilingvă.

Scanned with OKEN Scanner

7.4. Evaluarea calității vieții persoanei care prezintă afazie

Hilari, Byng, Lamping, Smith (2003) au demonstrat faptul că în evaluarea persoanei care prezintă afazie după un accident vascular cerebral este importantă evaluarea calității vieții. Un astfel de instrument este chestionarul *Stroke and Aphasia Quality of Life — SAQOL*, chestionar validat pe un număr de 95 de participanți la cercetare. SAQOL-39 conține 39 de itemi grupați pe următoarele subcategorii:

- componenta fizică (ce poate face efectiv — să se îmbrace singur, să își pregătească de mâncare);
- componenta psihologică (aspecte legate de modul în care își percepe problemele și cât de mult îl afectează tulburarea din punct de vedere afectiv, emoțional);
- componenta comunicațională (relaționarea pe baza limbajului cu cei din jur);
- componenta energetică (câtă energie are persoana, cât de activă este etc.).

O variantă tradusă și adaptată a chestionarului, a cărei valoare a fost subliniată prin cercetarea condusă de Kiran și Krishnan (2013) pentru populația din Canada, demonstrează încă o dată importanța evaluării calității vieții în contextul afaziei.

Butta (2015) propune utilizarea *Nottingham Health Profile* (Profilul de Sănătate Nottingham, elaborat de Sonya Hunt, 1997) în evaluarea calității vieții persoanei care prezintă tulburări afazice. Acest profil poate oferi date și despre progresul pe care persoana care prezintă afazie îl înregistrează pe parcursul sau la finalul procesului terapeutic. Acest profil are două părți. Prima parte cuprinde 6 domenii care vizează persoana (vitalitate, durere, reacții emoționale, mobilitate, izolare socială, somn), iar cea de-a doua parte vizează alte 7 domenii ale vieții cotidiene: activitatea profesională, activitatea casnică, relațiile interpersonale, viața socială, viața sexuală, petrecerea sărbătorilor și hobby-urile.

Scanned with OKEN Scanner

7.5. Evaluarea autoeficacității abilităților comunicaționale

Autoeficacitatea din procesul comunicațional poate fi cuantificată prin comparația dintre cât i se pare persoanei care prezintă afazie că abilitățile sale comunicaționale sunt eficiente acum, după instalarea tabloului afazic, prin contrast cu autoeficacitatea percepută înainte de instalarea patologiei neurologice.

Considerăm că autoeficacitatea percepută este o direcție importantă a evaluării persoanei care prezintă afazie, direcție care completează practic informațiile pe care celelalte probe specifice de limbaj le pot oferi.

Un instrument de evaluare a eficacității comunicării este *Communicative Effectiveness Index* (Lomas, Pickard, Bester, Elbard, Finlayson, Zoghaib, 1989). Acest index inventariază eficacitatea comunicării prin 16 itemi şi vizează, mai degrabă, componenta pragmatică, funcțională a limbajului. Evaluarea autoeficacității în comunicare poate fi realizată şi pe parcursul terapiei logopedice, aceasta putând fi un indicator al progresului înregistrat de persoana căreia i se adresează demersul terapeutic.

7.6 Alte modalități de condensare a rezultatelor evaluărilor în contextul afaziei

Tehnica SOAP poate asigura condensarea rezultatelor obținute în urma evaluării persoanei care prezintă afazie. Aceasta delimitează 4 coordonate de abordare (Patterson, Chapey, 2008):

- S — se referă la coordonata subiectivă (cum resimte persoana implicațiile tulburării cu care se confruntă sau cum resimt cei din jur această tulburare);
- O — se referă la coordonata obiectivă (datele obiective obținute la probele standardizate sau datele cantitative sunt cele care trebuie condensate la nivelul acestei coordonate);

Scanned with OKEN Scanner

- A — se referă la interpretarea rezultatelor evaluărilor derulate de examinator; această interpretare poate fi convertită prin formularea unui diagnostic;
- P — se referă la planul de intervenție propus, la direcțiile terapeutice delimitate pe baza datelor de mai sus.

APLICAȚII ALE TEHNICII SOAP

S – V. Este o persoană de gen masculin, de 65 de ani, care prezintă un tablou afazic de care nu este foarte îngrijorat. Nu dorește să i se administreze medicația prescrisă și se implică în activități fizice care îi pun viața în pericol (comportamentul dezinhibat este generalizat, astfel că merge cu motocicleta cu mare viteză, consumă alcool și fumează, în ciuda recomandărilor medicale);

O – Evaluarea obiectivă a fost realizată pe patru dimensiuni: limbaj oral receptiv (din 10 cuvinte date repetă corect 8), limbaj oral expresiv (vorbirea spontană este 100% funcțională, marcată de mici secvențe de disfluențe), limbaj scris receptiv (citește corect cele 5 cuvinte scrise pe cartonașe), limbaj scris expresiv (scrie corect după dictare 7 cuvinte din cele 10 date).

A – Diagnosticul formulat — afazie mixtă, pe fondul AVC, pronosticul este rezervat din cauza comportamentului.

P – Planul terapeutic vizează: dezvoltarea atât a abilităților lingvistice receptive, cât și a celor expresive, dar și modelarea unui comportament dezirabil, adaptativ. Prin urmare, activitatea logopedică este dublată de o activitate de consiliere psihologică, precum și de terapie ocupațională.

O altă modalitate de abordare a tulburării afazice este cea pe baza modelului CIF (CIF, 2004). În tabelul 23 se va ilustra cazul de afazie prezentat prin tehnica SOAP, pe baza modelului CIF. Acest tip de abordare permite realizarea unei comparații între cele două modalități de condensare a rezultatelor evaluării multidimensionate, complexe, în contextul afaziei.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 23. Ilustrarea unui caz de afazie pe baza modelului CIF.

Condiția patologică: afazie mixtă pe fondul AVC repetat			
	Structurile și funcțiile corpului	**Activități și participare**	**Factori contextuali și personali**
Date obținute în urma evaluării	V., 65 ani, gen masculin, a suferit un AVC pe fond de hipertensiune arterială, cu afectarea preponderentă a zonei centrale frontale. A mai suferit AVC-uri minore, fără a trebui să fie internat de fiecare dată. Din punct de vedere structural nu prezintă alte tulburări, la nivel periferic aparatul fonoarticulator este integru. Dificultățile articulatorii, imediat după primul AVC, au fost foarte profunde, pe parcursul anului acestea îmbunătățindu-se, păstrându-se în vorbire anomia și ritmul disfluent. Momentan abilitățile de comunicare sunt afectate atât în plan receptiv, cât și în plan expresiv. Abilitățile grafomotorii și cele lexice sunt, de asemenea, afectate.	Abilitățile comunicaționale sunt funcționale, ceea ce îi permite să stabilească relații de interacțiune socială. Este foarte implicat în derularea activităților în propria gospodărie, nu ocolește munca fizică (fiind pensionar s-a retras la țară, unde a început să lucreze loturi mari de pământ). Abilitățile sale comunicaționale se alterează sub impactul oboselii fizice, moment în care evită să interacționeze cu ceilalți. Are un stil de viață agitat, marcat de comportamente autodistructive (consumă alcool, fumează, nu își ia medicamentele prescrise).	Consideră că nu este bolnav, nu este preocupat de starea sa de sănătate și nici nu are vreo motivație pentru a-și menaja starea de sănătate. Nu este interesat să își corecteze deficitul articulator și receptiv, prin urmare nu a beneficiat de intervenție logopedică, chiar dacă familia a insistat să fie evaluat și să se lucreze cu el. Chiar dacă atitudinea familiei este foarte suportivă, acesta manifestă comportamente indezirabile și se autogestionează în funcție de propriul sistem de valori.

Scanned with OKEN Scanner

Condiția patologică: afazie mixtă pe fondul AVC repetat

	Structurile și funcțiile corpului	Activități și participare	Factori contextuali și personali
Direcții terapeutice	**Tulburarea cea mai pregnantă** **dificultățile articulatorii și receptive, ritmul vorbirii disfluent**	Activitățile cele mai importante pentru această persoană activități în care poate să se implice și să se considere valoros	Factorii externi, de mediu și personali care pot limita sau facilita procesul recuperator Stilul său de viață și refuzul ajutorului sunt principalele surse de disfuncții, abordarea acestora necesitând intervenție psihoterapeutică
Obiective terapeutice	**Obiective pe termen lung:** – adoptarea unui nou stil de viață și acceptarea stării de boală cu care se confruntă; – creșterea nivelului inteligibilității vorbirii; – structurarea unor abilități funcționale de comunicare. **Obiective pe termen scurt:** – acceptarea stării de boală prin asumarea programului terapeutic prescris; – reducerea comportamentelor autodistructive; – identificarea unor activități pe care să le poată realiza fără a-și pune viața în pericol; – antrenarea fluenței verbale; – modelarea abilităților articulatorii și coarticulatorii; – stimularea abilităților de comprehensiune verbală.		

Scanned with OKEN Scanner

8. Direcții terapeutice în contextul afaziei la adult

8.1. Intervenția imediată

Demersul de intervenție în contextul afaziei este unul complex și multidimensionat. Recuperarea în tulburările afazice trebuie să se realizeze cu promptitudine, imediat după stabilizarea medicală a persoanei. Recuperarea din punct de vedere logopedic se poate realiza și spontan, fără a fi necesară intervenția terapeutului, însă nu există garanții legat de reabilitarea integrală a abilităților funcționale. De asemenea, trebuie subliniat faptul că reabilitarea spontană a limbajului poate fi influențată de o serie de factori: starea generală de sănătate a persoanei, motivația acesteia, tipul de patologie cu care se confruntă, severitatea afectării, activitatea profesională întreprinsă, implicarea familiei, starea generală psihologică etc. Prin urmare, reabilitarea spontană a limbajului este marcată de un grad de variabilitate interindividuală foarte crescut. Pentru a demonstra beneficiile intervenției terapeutice logopedice imediat după instalarea AVC, Godecke, Hird, Lalor, Rai și Phillips (2012) au realizat un studiu într-un spital din Austria, unde anual sunt internați aproximativ 200 de pacienți care prezintă tablouri afazice după instalarea unui AVC. Dintre toți pacienții spitalului din acel an, în studiu au fost incluși 59 de participanți. Intervenția imediată a fost focalizată pe îmbunătățirea abilităților comunicaționale, aceasta fiind derulată zilnic, pe parcursul unor sesiuni terapeutice cuprinse între 30 și 80 de minute (media fiind de 45 de minute). Participanții la cercetare au beneficiat de terapia zilnică a limbajului, imediat după stabilizarea medicală (la un interval de la 0 până la 10 zile după instalarea AVC, media fiind la 3 zile după instalarea AVC), terapie derulată pe întreaga perioadă a spitalizării (5–76 de zile de spitalizare, media fiind de 19 zile de spitalizare). După primele 7 zile de recuperare în sfera limbajului și a abilităților comunicaționale (în 7 zile au fost administrate

Scanned with OKEN Scanner

fiecărui pacient cuprins în studiul final comparativ cel puțin 295 de minute de terapie a limbajului) s-a putut constata că persoanele care au beneficiat de terapie logopedică, în afara serviciilor obișnuite medicale, au înregistrat scoruri de până la 15 ori mai crescute în ceea ce privește coeficientul de afazie și de până la 11 ori mai crescute în ceea ce privește abilitățile lor funcționale. Prin urmare, studiul demonstrează importanța intervenției imediat derulate, atunci când starea de sănătate a persoanei o permite.

8.2. Obiectivele demersului terapeutic logopedic în contextul afaziei

Având în vedere acest aspect al abordării imediate a tulburărilor afazice, pentru a avea reușite în sfera restaurării abilităților comunicaționale, sunt propuse ca elemente coordonatoare, vectori ai intervenției în contextul afaziei, următoarele obiective (ASHA, 2015a):

- dezvoltarea abilităților de comunicare prin orice metodă de comunicare accesibilă persoanei, ceea ce înseamnă că demersul terapeutic vizează toate modalitățile de comunicare afectate, focalizându-se asupra deficitelor persoanei;
- îmbunătățirea abilităților funcționale și modelarea comportamentului pentru a facilita materializarea strategiilor de comunicare achiziționate;
- introducerea tehnicilor și sistemelor de comunicare augmentativă, în vederea asigurării controlului comunicațional;
- pregătirea, informarea și consilierea membrilor familiilor persoanelor afazice, pentru a putea fi facilitatori ai comunicării atunci când interacționează cu persoana afazică;
- menținerea și generalizarea abilităților și deprinderilor comunicaționale achiziționate;
- informarea membrilor familiei despre natura tulburării afazice, despre specificitățile terapeutice, derularea intervenției și formularea pronosticului.

Scanned with OKEN Scanner

Simmons-Mackie (2008) preia cadrul de abordare a tulburării afazice stabilit de Kagan *et al.* (2008), cadru redat grafic şi materializând principiile modelului integrat promovat de Organizația Mondială a Sănătății prin CIF (vezi figura 11). ASHA (2015a), de asemenea, rezumă obiectivele demersului terapeutic logopedic în contextul afaziei la această reprezentare imagistică din figura 11. Acest rezumat se structurează în fapt pe direcțiile stipulate în Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității şi Sănătății (CIF), clasificare promovată de Organizația Mondială a Sănătății (2004).

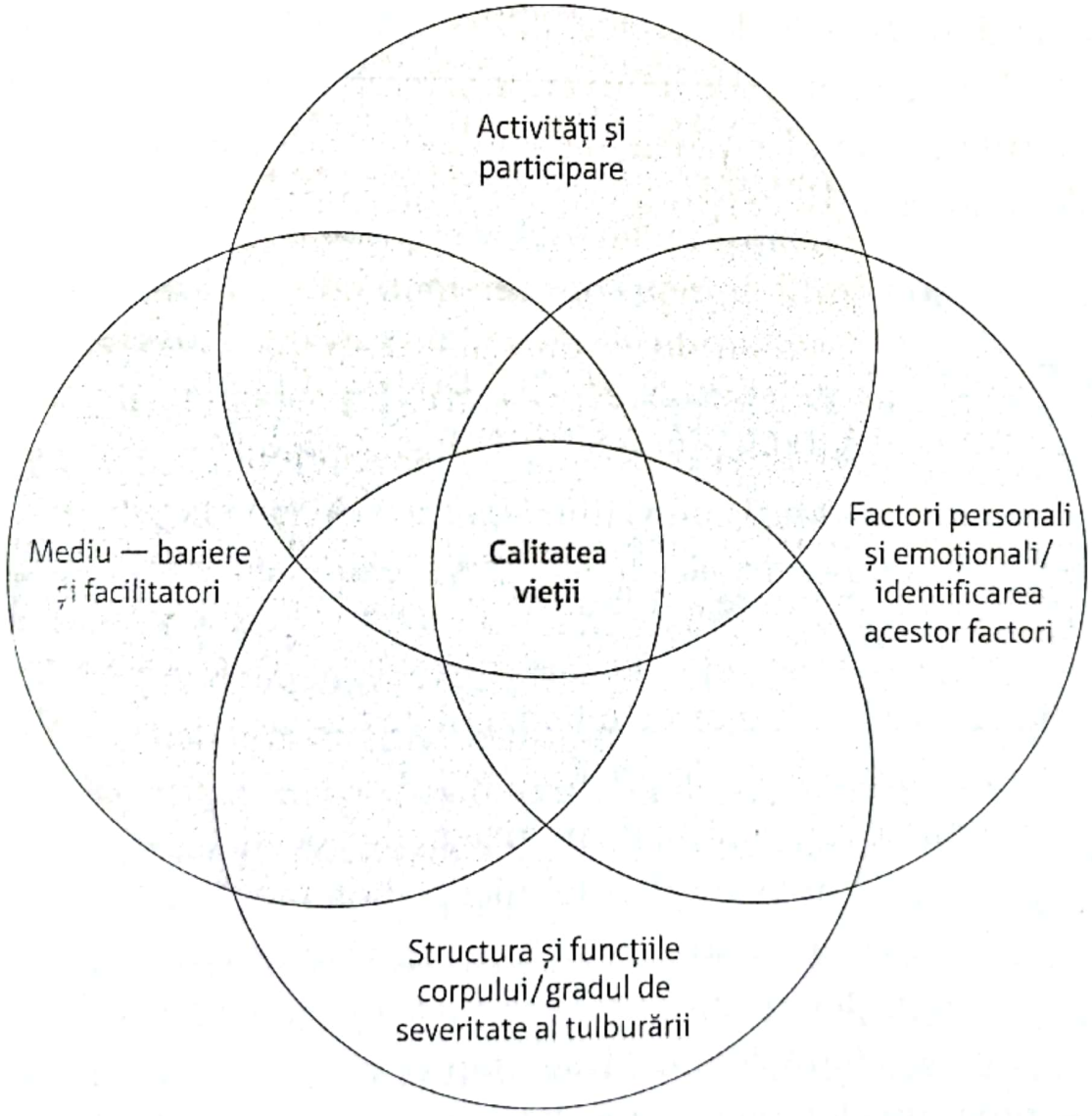

Figura 11. Obiectivele și direcțiile intervenției logopedice în contextul afaziei conform CIF (după Simmons-Mackie, 2008, p. 296, ASHA, 2015a).

Scanned with OKEN Scanner

Prin urmare, indiferent dacă demersul terapeutic adresat tulburării afazice este focalizat asupra structurilor şi funcţiilor corpului (leziunile cerebrale şi deficitele comunicaţionale secundare), asupra activităţii şi participării persoanei în asumarea rolului social (să dea un telefon, să îşi comande mâncare, să îşi reia sarcinile la serviciu), asupra factorilor personali (deficitele asociate, specificităţile mediului familial şi social din care provine, cu factorii facilitatori sau barierele din mediu), finalitatea acestuia este creşterea calităţii vieţii.

Având în vedere obiectivele mai sus formulate, se poate extrage concluzia că demersul de intervenţie şi terapie în contextul afaziei este unul multifaţetat, particularităţile diagnostice şi cele individuale fiind vectorii care organizează întreg procesul de recuperare.

8.3. Direcţii, programe şi tehnici de reabilitare a limbajului în contextul afaziei

În literatura de specialitate sunt inventariate o serie de modalităţi terapeutice de abordare a tulburării afazice, modalităţi dezvoltate sub auspiciile diferitelor paradigme terapeutice. În acest sens putem menţiona următoarele direcţii terapeutice majore:

- programe terapeutice de nuanţă psiholingvistică;
- programe terapeutice de nuanţă psihosocială;
- programe care valorifică tehnici psihoterapeutice;
- programe terapeutice de natură farmacologică;
- programe terapeutice care valorifică învăţarea asistată de calculator şi tehnologiile de asistare;
- programe terapeutice focalizate pe artterapie şi meloterapie;
- programe terapeutice care valorifică principiile terapiei ocupaţionale;
- programe terapeutice multimodale.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste programe se focalizează asupra modelării abilităților de procesare a inputului auditiv, precum şi de externalizare a unui output motor, având în vedere reabilitarea limbajului în manieră structuralistă, pe fiecare componentă, şi anume: componenta fonetico-fonologică, componenta morfologică, componenta lexico-semantică, componenta sintactică şi componenta pragmatică a limbajului funcțional. Prin urmare, sunt abordate aspectele lingvistice deficitare întâlnite la nivelul fiecărui tablou afazic, atât din planul limbajului oral, cât şi al celui scris-citit, atât din punct de vedere expresiv, cât şi din punct de vedere receptiv.

Un astfel de program terapeutic este propus de Rondal şi Seron (1999) şi Anca (2005), program la nivelul căruia fiecare componentă lingvistică este abordată prin intermediul tehnicilor clasice din terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare.

În tabelul 24 realizăm o detaliere a principalelor modalități de abordare psiholingvistică de nuanță structuralist-integrată, în contextul tulburărilor afazice, marcând componenta lingvistică abordată, obiectivele terapeutice şi oferind câteva exemple de tipuri de activități.

DE REȚINUT!

Abordarea componențială, de natură structuralistă, pe cele două direcții, expresivă (aferentă tablourilor afazice motorii) și receptivă (aferentă tablourilor afazice senzoriale), este realizată în mod dihotomic, așa cum reflectă tabelul de mai jos, mai degrabă din rațiuni didactice. În practică, pentru a motiva persoana cu care se lucrează și pentru a facilita dezvoltarea de noi abilități, cele două direcții sunt abordate integrat.

Se poate observa că sarcinile din planul limbajului oral pot fi transpuse în planul limbajului scris-citit, această transpunere fiind absolut necesară în contextul tablourilor afazice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelelul 24. Direcții de abordare psiholingvistică a tulburărilor afazice.

Afazia motorie		
Componenta lingvistică abordată	**Obiective**	**Exemple de activități**
Componenta foneticofonologică	– antrenarea abilităților de articulare corectă a fonemelor din limba română (dacă persoana e bilingvă, se lucrează acest obiectiv în funcție de nevoile sale de comunicare); – antrenarea abilităților de redare grafomotorie a fonemelor din limba română; – antrenarea abilităților de asociere a fonemelor cu grafemele corespunzătoare.	– exerciții de antrenare a abilităților motorii și respiratorii, în vederea pregătirii componentelor aparatului fonoarticulator, pentru a articula fonemele; – exerciții de pronunție a sunetelor limbii române (se lucrează prin demonstrație, modelare, indicații de natură ortofonică, derivare); pot fi utilizate softuri cu profiluri de pronunție sau reprezentări imagistice care să faciliteze articularea. – exerciții de scriere a literelor alfabetului fie în mod automat, enumerând, fie după dictare; – exerciții de copiere a literelor date; – exerciții de citire a literelor (se pot utiliza listele cu litere și silabe din PEAFC, Bodea Hațegan, Talaș, 2014).
Componenta morfologică	– antrenarea abilităților de exprimare a conținuturilor gramaticale (utilizarea corectă a morfemelor).	– exerciții de identificare a formei de plural a substantivelor date; – exerciții de derivare a substantivelor și verbelor cu sufixe și prefixe; – exerciții de realizare a acordului între substantiv–adjectiv, subiect–predicat; – exerciții de construcție de sintagme pentru localizarea obiectelor (se lucrează astfel structurile adverbiale „sus", „jos", locuțiunile prepoziționale „în față", „în spate", structurile prepoziționale „pe", „sub", „lângă" etc.); – descrierea orală și în scris a unei imagini.

Scanned with OKEN Scanner

Componenta lingvistică abordată	Obiective	Exemple de activități
Componenta lexicosemantică	– antrenarea abilităților de denumire de obiecte și imagini; – antrenarea abilităților de construire de câmpuri lexicale și familii lexicale.	– denumirea obiectelor, imaginilor date; – exerciții de construire de câmpuri lexicale și familii de cuvinte; – exerciții de enumerare a cât mai multor elemente dintr-o categorie lexicală, într-o unitate de timp (exerciții de fluență semantică); – exerciții de identificare a sinonimelor și antonimelor unui cuvânt dat.
Componenta sintactică	– antrenarea abilităților de exprimare în propoziții (oral și scris).	– exerciții de descriere a unei imagini, a unui obiect; – exerciții de construire de propoziții, materializând un criteriu dat; – exerciții de transformare a unei propoziții simple într-una dezvoltată.
Componenta pragmatică	– antrenarea abilităților conversaționale materializând parametrii pragmatici ai comunicării (persoană, timp și loc); – creșterea nivelului inteligibilității verbale.	– exerciții cu jocuri de rol; – exerciții de inițiere, menținere și finalizare a unei conversații; – exerciții de completare a unei povestiri, a unui dialog etc.; – exerciții de utilizare a formulelor de politețe; – exerciții de asociere a unor structuri verbale cu anumite persoane și contexte de comunicare.

Scanned with OKEN Scanner

Afazia senzorială		
Componenta lingvistică abordată	**Obiective**	**Exemple de activități**
Componenta foneticofonologică	– antrenarea abilităților perceptiv-auditive; – antrenarea abilităților de analiză și sinteză fonematică; – antrenarea abilităților de diferențiere a structurilor paronimice.	– exerciții de categorizare a sunetelor audiate în: sunete onomatopeice și sunete din natură; – exerciții de diferențiere a vocii masculine de vocea feminină sau de vocea de copil; – exerciții de identificare a poziției unui sunet în cuvânt; exerciții de sinteză fonematică a unui cuvânt scris pe litere, prin indicarea imaginii corespunzătoare a acestuia; – exerciții de diferențiere a structurilor paronimice prin indicarea asemănării sau deosebirii dintre ele; – exerciții de repetare a sunetelor după model (în afazia Wernicke această abilitate este puternic afectată).
Componenta morfologică	– antrenarea abilităților de receptare a categoriilor morfologice, în limba română.	– exerciții de identificare a imaginii corespunzătoare structurii gramaticale audiate; – exerciții de completare a propozițiilor cu forma corectă din punct de vedere gramatical a cuvântului absent; – exerciții de reactualizare a structurilor gramaticale audiate (repetarea după model).
Componenta lexicosemantică	– antrenarea abilităților de comprehensiune a conținuturilor lexicosemantice.	– exerciții de definire a cuvintelor date; – exerciții de completare a propoziției cu cuvântul lipsă; – exerciții de identificare a imaginii corespunzătoare cuvântului dat; – exerciții de reactualizare a structurilor lexicosemantice date;

Scanned with OKEN Scanner

Componenta lingvistică abordată	Obiective	Exemple de activități
		– exerciții de identificare a relațiiilor semantice dintre două structuri date (relație de sinonimie, relație de antonimie, sunt identice ca formă și conținut, sunt omografe, sunt omofone).
Componenta sintactică	– antrenarea abilităților de comprehensiune a structurilor propoziționale.	– exerciții de identificare a imaginii, obiectului corespunzător descrierii date (descrierea este oferită oral); – exerciții de asociere a imaginii cu propoziția corespunzătoare (propoziția fiind oferită doar în formă scrisă); – exerciții de completare a propoziției cu structurile lexicosemantice lipsă (se urmărește corectitudinea sintactică); – exerciții de reactualizare a propozițiilor prezentate oral; – exerciții de ordonare a unor cuvinte date sub formă propozițională (se urmărește capacitatea de materializare a topicii corecte).
Componenta pragmatică	– antrenarea abilităților atenționale și mnezice, în vederea receptării unui text, discurs; – antrenarea abilităților de comprehensiune verbală a textului și discursului.	– exerciții pentru creșterea duratei de concentrare a atenției și memoriei de lucru, exerciții de reactualizare a modelului auditiv dat în sens direct și invers; – exerciții de răspuns la întrebări oral și/sau în scris, pe baza textului audiat; – exerciții de identificare a imaginii corespunzătoare textului dat; – exerciții de asociere a textului dat cu titlul corespunzător sau cu morala aferentă; – exerciții de ordonare a propozițiilor date, sub formă textuală.

Scanned with OKEN Scanner

Small (2004) realizează o scurtă trecere în revistă a principalelor soluții medicamentoase, de natură farmacologică, care au fost utilizate şi care încă sunt utilizate în contextul patologiei afazice. Autorul subliniază faptul că necesitatea programelor de susținere farmacologică este supusă chestionării doar atunci când deja este depăşită etapa manifestărilor acute ale factorului etiologic care a condus la instalarea tulburării afazice. De asemenea, autorul menționează faptul că multe dintre cercetările menite să surprindă efectele pozitive ale farmacoterapiei în recuperarea persoanei care prezintă afazie pot ridica suspiciuni cu privire la modul în care au ajuns să formuleze acele asumpții. În aceste condiții, concluzia care merită să fie desprinsă în legătură cu identificarea soluțiilor farmacologice care permit recuperarea persoanei afazice este aceea că, în anumite cazuri, anumite medicamente, programe terapeutice de natură farmacologică, pot oferi rezultate pozitive în evoluția stării de sănătate a persoanei afazice. În ceea ce priveşte reabilitarea limbajului şi a abilităților comunicaționale, autorul subliniază că terapia limbajului are un rol bine definit, situație în care terapia medicamentoasă este mai degrabă o soluție adjuvantă.

În cele ce urmează vom face referire la câteva studii care surprind implicațiile pozitive ale farmacoterapiei asupra tablourilor afazice: Hong, Shin, Lim, Lee, Huh (2012) au arătat efectele pozitive ale administrării de galantamină în recuperarea persoanei care prezintă afazie cronică chiar şi asupra limbajului (denumire, repetiții, limbaj spontan, comprehensiune verbală); Tobinick, Gross (2008) au arătat că administrarea de etanercept (un medicament cu funcție inhibitorie) conduce la îmbunătățirea pregnantă a fluenței verbale atât în contextul tulburării afazice, cât şi în contextul bolii Alzheimer; Nesi, Lucente, Nencini, Fancellu, Inzitari (2014) au arătat efectele pozitive ale medicației trombolitice în cazul AVC-urilor ischemice.

Scanned with OKEN Scanner

Code şi Herrmann (2003) subliniază importanța abordării farmacologice a tulburărilor şi manifestărilor emoționale care pot să apară în contextul tulburării afazice. Astfel, aceştia au arătat că implementarea programelor terapeutice de natură psihosocială, cu impact pozitiv asupra calității vieții persoanelor afazice, asupra imaginii şi stimei de sine ale acestora, poate fi susținută cu succes prin administrare de medicație antidepresivă. Administrarea acestui tip de medicație este abordată diferit de medici, unii dintre aceştia susținând că efectele adverse ale acestui tip de tratament pot să interfereze negativ cu evoluția stării de sănătate fizică. Prin urmare, considerăm că decizia pentru adoptarea unei astfel de soluții terapeutice trebuie să se realizeze printr-o profundă analiză a cazului, a particularităților diagnostice şi psihoindividuale, la nivelul unei echipe interdisciplinare formate din medicul neurolog, medicul psihiatru şi psihoterapeut, o echipă care asigură, în strânsă legătură, implementarea programului terapeutic complex pentru reabilitarea eficientă a persoanei care prezintă afazie.

8.3.3. Programe terapeutice cu nuanță psihosocială

Domeniul psihosocial circumscrie contextul social de materializare a emoțiilor, prin urmare domeniul psihosocial reflectă aspecte ale interacțiunii sociale. Reabilitarea din punct de vedere comunicațional este mai puțin valoroasă dacă persoana care prezintă afazie este privată de interacțiuni sociale şi chiar de participare în mod activ la viața de familie, dar şi în activități profesionale, dacă acest lucru este posibil.

Code şi Muller (2004) dezbat pe scurt câteva aspecte centrale ale direcțiilor de nuanță psihosocială în recuperarea persoanei care prezintă afazie. Aceştia subliniază faptul că patologia neurologică, cu implicații de tip afazic, se asociază cu o serie de manifestări psihologice care accentuează şi mai mult consecințele bolii cu care se confruntă. Dintre aceste manifestări pot fi menționate:

Scanned with OKEN Scanner

- simptome de depresie (25% dintre persoanele care au suferit un AVC se confruntă în faza acută cu depresie severă, pentru ca pe parcursul primului an de la episodul traumatic procentul acestora să crească la 31%, potrivit lui Astrom et al., 1993 apud Code şi Muller 2004);
- tulburări de anxietate (până la 25% dintre persoanele care prezintă tablouri afazice ajung să manifeste tulburări de anxietate, alături de depresie, potrivit lui Thomas, Walker, Macniven, Haworth, Lincoln, 2013);
- tulburări ale somnului;
- tulburări de alimentație;
- stări de agitație, agresivitate, iritabilitate şi nervozitate (17–35% dintre persoanele care prezintă afazie manifestă aceste reacții emoționale, potrivit lui Kneebone, 2016);
- dificultăți de inhibiție comportamentală (plâng foarte mult, izbucnesc necontrolat, au reacții necalibrate contextual, Andersen, 1997 apud Code, Herrmann, 2003).

Toate aceste manifestări pot să apară şi pe fondul pierderii masive pe care au trăit-o în planul abilităților sociale şi comunicaționale, precum şi al sănătății fizice, ceea ce înseamnă că aceştia pot trece prin toate etapele de procesare a doliului: negare, furie, revoltă, depresie, pentru ca în final să ajungă la starea de acceptare (Code, Herrmann, 2003).

Toate aceste simptome pot fi exacerbate de perioadele lungi de spitalizare, precum şi de starea de sănătate care se poate înrăutăți, în timp.

Prin urmare, programele terapeutice de nuanță psihosocială au drept obiectiv principal integrarea persoanei cu tulburări afazice într-o comunitate, în vederea facilitării interacțiunii. Prin interacțiunea socială şi integrarea socială se urmăreşte *recâştigarea stimei de sine, asigurarea unei stări de bine şi a unei calități funcționale a vieții.* Direcțiile de abordare psihosocială a persoanelor cu tulburări afazice se materializează prin stimularea implicării sociale a

Scanned with OKEN Scanner

persoanelor cărora li se adresează. Astfel, sunt organizate activități de voluntariat, grupuri de suport, activități în folosul comunității, activități la nivelul organizațiilor nonprofit, chiar de nuanță educațională, formativă.

Derularea acestor programe terapeutice trebuie să se realizeze cu suportul familiei, al aparținătorilor persoanelor afazice, ceea ce înseamnă că demersul de abordare psihosocial poate fi cu atât mai eficient cu cât acesta este dublat şi de un demers de terapie familială (Nichols, Varchevker, Pring, 1996 apud Code şi Muller, 2004).

8.3.4. Programe terapeutice care valorifică tehnici psihoterapeutice

Abordarea tulburărilor afazice prin tehnici şi modalități de nuanță psihoterapeutică este o preocupare larg răspândită în vederea recuperării acestor persoane. Tehnicile psihoterapeutice utilizate sunt dependente de factorul etiologic al tabloului afazic, de gradul de severitate al afectării, de nivelul de funcționare cognitivă al persoanei, de nevoile persoanei cu care se lucrează, de caracterul progresiv al afectării, de gradul în care familia reprezintă un punct de sprijin etc. Toți aceşti factori determină selectarea modalității psihoterapeutice utilizate. În foarte multe dintre cazuri, tehnicile psihoterapeutice sunt utilizate prin asociere cu alte modalități de recuperare, de exemplu programe psihosociale, farmacoterapeutice şi/sau de reabilitare a limbajului şi a comunicării.

Pentru a surprinde implicațiile pozitive ale demersului psihoterapeutic, în contextul tablourilor afazice, prezentăm pe scurt câteva studii focalizate pe această tematică:

- studiul coordonat de Simmons-Mackie, Elman, (2011) surprinde implicațiile pozitive ale terapiei de grup, modalitate psihoterapeutică îngemănată cu tehnicile din sfera psihosocială; autorii au demonstrat valențele formative ale acestui tip de abordare terapeutică în contextul tulburărilor afazice, subliniind faptul că în acest fel participanții la sesiunile

Scanned with OKEN Scanner

terapeutice de grup au posibilitatea să își dezvolte abilități conversaționale, să stabilească relații sociale cu ceilalți membri ai grupului, să își asume roluri la nivel de grup, să își dezvolte o identitate de grup prin dezvoltarea unor abilități de solidaritate și interes față de nevoile celorlalți membri ai grupului;

– studiul coordonat de Johansson, Carlsson, Sonnander (2011) a arătat că logopezii din Suedia care lucrează cu persoane afazice sunt interesați să desfășoare activități terapeutice bazate pe suportul familiei și sunt preocupați pentru a pregăti familiile cu scopul de a putea oferi acest suport, în mod corect și eficient. În ciuda aspectelor declarate, autorii au constatat că implicarea familiei în procesul terapeutic este o nevoie reală, în contextul tulburării afazice, iar acestei nevoi ar trebui să i se răspundă prin formularea unor proceduri cu aplicabilitate națională. Prin urmare, acest studiu surprinde nevoia terapiei familiei, a consilierii și a informării corecte a acesteia, pentru ca familia, aparținătorii persoanei afazice, să poată să se transforme într-un real factor de progres, într-un factor facilitator al demersului terapeutic. Un alt studiu, întreprins de Manes, Gleichgerrcht, Basso, Macis (2011), a demonstrat faptul că progrese semnificative pot fi înregistrate chiar și în contextul afaziei cronice, în condițiile în care terapia logopedică este una susținută și prin efortul membrilor familiei persoanei afazice. Studiul a arătat că progresele în contextul afaziei cronice pot fi înregistrate prin aplicarea unui program terapeutic care să se desfășoare pe parcursul a două–trei ore/zi, program implementat cu suport din partea membrilor familiei, mai exact un membru al familiei derulează programul terapeutic, iar terapeutul îl supervizează. Sesiunile de terapie cu logopedul se derulează doar o dată pe săptămână. Autorii concluzionează că un astfel de program terapeutic ar trebui să se deruleze atâta timp cât sunt înregistrate chiar și cele mai mici progrese, îmbunătățiri ale situației persoanei cu care se lucrează;

Scanned with OKEN Scanner

- Thomas, Walker, Macniven, Haworth, Lincoln (2013) au arătat efectele pozitive ale terapiei comportamentale asupra manifestărilor de tip depresiv şi anxios pe care participanţii la studiu (persoane care au dobândit tabloul afazic în urma unui AVC) le prezentau. Autorii au derulat intervenţia comportamentală pe parcursul a trei luni şi au comparat efectele acesteia prin contrast cu situaţia grupului de control. Este subliniată astfel eficacitatea acestui tip de terapie comportamentală, prin combinarea acestuia cu abordarea farmacoterapeutică a manifestărilor depresive şi anxioase trăite de persoana care prezintă tablouri afazice;
- Kneebone (2016) a delimitat un cadru general de abordare psihoterapeutică a tulburărilor emoţionale identificate în multe dintre cazurile de tulburări afazice, cadru delimitat pe cele două dimensiuni ale patologiei, anume deficitele din sfera abilităţilor cognitive şi deficitele din sfera abilităţilor comunicaţionale. În acest cadru, terapia cognitiv-comportamentală se dovedeşte a fi o soluţie viabilă, mai ales în condiţiile în care depresia în contextul tulburării afazice se asociază cu perioade lungi de spitalizare, blocaje în derularea programului de recuperare, accentuarea tabloului patologic şi o rată crescută a mortalităţii, în timp ce anxietatea din contextul tulburării afazice se asociază cu abilităţi deficitare de adaptare, calitate scăzută a vieţii, abilităţi sociale şi de relaţionare interpersonală deficitare.

Analizând datele din literatura de specialitate, se poate formula următoarea concluzie: programele de reabilitare adresate persoanelor care prezintă tablouri afazice pot fi foarte diferite (aparţinând unor paradigme diferite), însă au o serie de puncte comune. Dintre aceste puncte comune menţionăm:

- abordarea terapeutică a abilităţilor de comunicare se poate îngemăna cu succes cu diferite programe de nuanţă psihoterapeutică;

Scanned with OKEN Scanner

- suportul familial este un element de bază în selectarea şi implementarea programelor psihoterapeutice;
- programele psihoterapeutice pot fi utile atunci când persoana care a dobândit tulburarea afazică se confruntă cu tulburări şi manifestări psihologice de tipul depresiei şi anxietății.

8.3.5. Programe terapeutice care valorifică învățarea asistată de calculator și tehnologiile asistive

Utilizarea tehnicilor computerizate, a telefonului, a tehnologiilor de asistare, a sistemelor de videoconferință, a sistemului Skype este abordată sistematizat prin articolul lui Hall, Boisvert, Steele (2013). Autorii au încercat să surprindă în articolul menționat măsura în care terapia la distanță, derulată pe baza tehnicilor computerizate, a tehnologiei şi a sistemelor de comunicare la distanță, poate fi utilizată în contextul reabilitării tulburărilor afazice. În vederea materializării acestui obiectiv, autorii au realizat o selecție a articolelor de specialitate din literatură cu privire la problematica terapiei online, terapiei la distanță şi utilizării acesteia în contextul reabilitării tulburărilor afazice. În urma derulării procesului de selecție, autorii au abordat în detaliu zece studii de specialitate care au adus în prim-plan problematica-țintă. Analiza acestor zece studii a permis formularea concluziei generale, aceea că terapia la distanță, în contextul tulburării afazice, se dovedeşte a fi foarte utilă, rezultatele acestui demers fiind comparabile cu cele obținute în urma implementării unui proces terapeutic derulat față în față, în mod clasic, concluzie nuanțată prin următoarele aspecte specifice, aspecte subliniate şi de Hallowell, Chapey (2008):

- utilizarea computerului şi a modalităților tehnologice de abordare a tulburării afazice contribuie la creşterea abilității de focalizare a atenției la persoanele care au beneficiat de acest tip de program terapeutic;
- costurile sunt reduse în mod semnificativ (atât costurile de transport, cât şi costurile terapiei);

Scanned with OKEN Scanner

- timpul este utilizat mai eficient (nu se pierde timp cu deplasarea);
- terapia poate fi adresată şi celor care locuiesc în zone geografice în care în alt mod nu ar fi putut beneficia de includerea într-un program de reabilitare;
- creşte nivelul implicării persoanelor care beneficiază de acest tip de terapie, scăzând rata celor care evadează din terapie.

Lista argumentelor în favoarea terapiei la distanță şi a terapiei asistate de computer poate fi contrabalansată de enumerarea următoarelor dezavantaje ale implementării unui astfel de program de reabilitare: echipamentele tehnice sunt costisitoare; conexiunea la rețeaua de internet nu este perfectă întotdeauna (semnalul poate fluctua, ceea ce are implicații negative asupra calității relaționării între terapeuți şi beneficiari); calitatea indicatorilor vizuali este afectată; terapia la distanță nu poate asigura derularea activității de reabilitare sub auspiciile unui angajament privat, confidențial.

Talaş (2015) subliniază avantajele derulării terapiei logopedice online, la distanță, subliniind şi direcțiile de organizare eficientă a acestui tip de terapie. Autoarea subliniază, prin inventarierea a 16 studii care s-au bazat pe valorificarea terapiei online, diversitatea de tulburări de limbaj şi comunicare care pot fi abordate în acest fel: afazia, apraxia, dizartria, tulburările articulatorii, tulburările de ritm şi fluență, tulburările de înghițire, tulburările de voce, tulburări de limbaj. Practic, prin această amplă inventariere a studiilor care abordează terapia la distanță (*telepractice*) în procesul de reabilitare a tulburărilor de limbaj şi comunicare, autoarea surprinde beneficiile indubitabile ale acestui tip de demers terapeutic şi deschide şi în spațiul românesc această direcție terapeutică, ca direcție ce poate fi certificată ştiințific.

Având în vedere problematica terapiei online, a terapiei la distanță, în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare, considerăm că aceasta reprezintă forma completă a demersului terapeutic care valorifică în mod cert tehnologia computerizată şi de informare,

Scanned with OKEN Scanner

tehnologia de asistare, mijloacele tehnice. Argumentele enumerate mai sus, atât în favoarea implementării acestui demers de intervenție, cât şi împotriva derulării acestui demers terapeutic, sunt cele care contribuie la extinderea acestui tip de serviciu în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare (Hallowell şi Henri, 2007 apud Hallowell, Chapey, 2008).

În continuare vor fi delimitate câteva modalități concrete care valorifică tehnologia informației şi comunicării în contextul reabilitării tulburării afazice (link-urile care facilitează accesul la aceste modalități terapeutice sunt notate la sfârşitul inventarierii surselor bibliografice din acest capitol):

- Aphasia Bungalow este o modalitate computerizată de antrenare a abilităților lingvistice. Programul se instalează pe un computer şi poate fi accesat de persoana afazică în mediul său familial, în mod independent, întrucât pot fi selectate sarcini care să se potrivească cu diagnosticul persoanei. Un important beneficiu al acestei metode de antrenare şi terapie este faptul că oferă feedback utilizatorului, ceea ce îl face independent de o altă persoană. În practica clinică, această modalitate computerizată de intervenție este utilizată încă din 1995, pe parcursul anilor culegându-se o serie de date care să demonstreze eficiența metodei şi impactul pozitiv asupra calității vieții beneficiarilor, prin reducerea semnificativă a perioadei de terapie;
- SentenceShaper este un program computerizat adresat persoanelor cu tulburări afazice. Programul a fost creat în anul 2000 şi este produs şi comercializat de Psycholinguistic Technologies, Inc. Programul oferă posibilitatea antrenării abilităților lingvistice propoziționale şi textuale, oferind persoanei afazice şansa unui suport terapeutic pe care îl poate accesa în funcție de nevoi. Astfel, pentru antrenarea abilităților de exprimare propozițională softul îi oferă beneficiarului o propoziție pe care acesta trebuie să o redea după model, având

Scanned with OKEN Scanner

reprezentarea imagistică a conținutului semantic exprimat prin aceasta. Dacă nu își aduce aminte toate cuvintele, pagina softului are o serie de butoane de unde are posibilitatea să își acceseze cuvintele care construiesc propoziția dată. Acest soft permite autoadministrarea unui demers terapeutic complex;

– aplicațiile pentru sistemele Android și iOS sunt alte modalități care permit evaluarea, dar și intervenția terapeutică în contextul afaziei. Dintre acestea menționăm (link-urile pentru aplicații sunt date la sfârșitul surselor bibliografice inventariate):
  - **SmallTalk Aphasia — Female** și **SmallTalk Aphasia — Male** de la Lingraphica sunt aplicații care le permit persoanelor diagnosticate cu afazie să se exprime prin intermediul imaginilor și înregistrărilor sonore care le însoțesc (voce de femeie sau de bărbat). Aplicațiile conțin și secvențe video, cu modele de articulare corectă a unor sunete, cuvinte, comenzi sau cereri, care-i permit utilizatorului să exerseze aceste secvențe în diferite situații și locuri. Viteza de rulare a acestora poate fi modificată în funcție de nevoile utilizatorului. Aceste aplicații pot fi utilizate pe dispozitivele cu sistem de operare iOS și sunt disponibile în limba engleză. Acest tip de aplicații oferă independență și autonomie, sub aspect comunicațional, persoanei care prezintă tulburări afazice;
  - aplicația **Aphasia — Talk Around It Free** creată de Neuro Hero Ltd. pentru dispozitivele cu sistem de operare Android îi oferă utilizatorului posibilitatea de a-și evalua și exersa abilitățile de comunicare prin utilizarea unor tehnici speciale. Este prezentat un set de zece imagini pe care utilizatorul trebuie să le recunoască. La fiecare imagine sunt disponibile mai multe întrebări ajutătoare sau butoane care oferă suport audio sau vizual;
  - aplicația **SmallTalk Daily Activities** de la Lingraphica este destinată persoanelor care nu pot să își folosească abilitățile

Scanned with OKEN Scanner

de comunicare. Aplicația conține mai multe imagini și fiecare imagine este însoțită de o înregistrare audio. Utilizatorul poate selecta o voce de femeie sau de bărbat pentru a-i substitui abilitățile expresive. Cu ajutorul acestei aplicații, utilizatorul poate să comunice cu familia sau cu persoanele care îl îngrijesc, poate să își exprime nevoile și diferite preferințe. Este disponibilă pentru dispozitivele iOS doar în limba engleză;

- **CommunicAide Free: AAC/Speech Therapy,** de la Object-Graph LLC, este o aplicație disponibilă pentru dispozitivele cu sistem de operare iOS. Această aplicație conține fotografii ale unor obiecte reale, însoțite de înregistrări sonore, pentru a-i permite utilizatorului să comunice cu cei din jur în diferite contexte.

Se poate observa faptul că modalitățile tehnice de asistare a persoanei care prezintă tulburări afazice se structurează pe două coordonate:

- facilitează demersul terapeutic, asigură conectivitatea dintre terapeut și pacient, asigură autoadministrarea terapiei;
- asigură relaționarea socială a persoanei care prezintă afazie cu membrii familiei sau cu persoanele din jur, precum și creșterea nivelului de autonomie și independență comunicațională.

8.3.6. Programe terapeutice care valorifică tehnicile artterapiei și ale meloterapiei

Artterapia și meloterapia delimitează direcții de materializare terapeutică în domeniul tulburărilor afazice de multă vreme. În acest sens menționăm programul terapeutic descris de Morgan și Helm-Estabrooks (1987), care au arătat beneficiile utilizării desenului, ca modalitate de exprimare, în contextul tulburării afazice nonfluente. Deși exprimarea cu ajutorul desenelor, reprezentărilor imagistice, presupune un nivel mai redus al complexității semantice, autorii au demonstrat că derularea unui program terapeutic care valorifică desenul poate contribui la creșterea abilităților de

Scanned with OKEN Scanner

exprimare a nevoilor persoanelor care prezintă tulburări afazice şi se află în imposibilitatea exprimării verbale.

Farias, Davis şi Harrington (2006) au condus o cercetare prin care au demonstrat implicaţiile pozitive ale desenului asupra procesului de recuperare în contextul tulburării afazice. Aceştia au subliniat că desenul şi scrisul sunt cele două modalităţi alternative de comunicare la care s-a recurs multă vreme, pentru cei care se aflau în imposibilitatea de exprimare verbală. Totuşi, se pare că desenul poate să contribuie la îmbunătăţirea abilităţilor articulatorii, fonologice, la stimularea accesării semantice şi la creşterea abilităţilor de denumire, chiar şi în condiţiile în care persoana nu are abilităţi artistice, plastice deosebite şi realizează reprezentări imagistice mai puţin valoroase din punct de vedere estetic. Implicaţiile pozitive ale desenului, ale artterapiei, nu doar în sfera restaurării abilităţilor de comunicare, ca o modalitate alternativă de exprimare nonverbală, sunt subliniate şi de Parrish (2014), autoarea realizând o sumarizare a principalelor scrieri din domeniul artterapiei şi a efectelor acesteia în tablourile afazice. Prin materialul său, autoarea menţionează valenţele terapeutice ale artterapiei, atât ca modalitate de exprimare a persoanei, cât şi ca modalitate de stimulare a tuturor componentelor limbajului, componenta fonologică, semantică, sintactică şi pragmatică, ceea ce înseamnă că utilizarea desenului, a imaginilor, a fotografiilor în programul terapeutic adresat persoanei afazice poate să aducă reale beneficii acesteia.

Utilizarea artterapiei şi a meloterapiei în contextul tulburării afazice este recomandată mai ales în situaţia în care persoana afazică prezintă leziuni cerebrale la nivelul emisferei stângi şi prezintă lateralitate dreaptă.

Pe lângă terapia prin desen şi imagine vizuală, sub cupola artterapiei poate fi încadrată şi terapia prin muzică. Beneficiile acestui demers terapeutic au fost subliniate atât ca urmare a faptului că meloterapia poate contribui la relaxarea persoanei afazice, cât şi ca urmare a beneficiilor asupra dezvoltării abilităţilor de comunicare.

Scanned with OKEN Scanner

Reprezentativ pentru domeniul meloterapiei este programul Melodic Intonation Therapy — MIT (Terapia limbajului prin modelarea intonației), program adresat persoanelor care prezintă tulburări neurologice, cu implicații asupra limbajului și asupra abilităților de comunicare (Kory Calomfirescu și Kory Mercea, 1996, Sparks, 2008). Programul nu presupune utilizarea muzicii în mod efectiv, ci implică (Sparks, 2008):

- modelarea patternurilor intonaționale comunicaționale;
- modelarea ritmului și a tempoului vorbirii;
- utilizarea accentului în vederea exprimării emfatice.

Prin urmare, structurile propoziționale sunt cântate, modelate intonațional, în așa fel încât aceasta contribuie la creșterea abilităților articulatorii ale persoanei care se confruntă cu tulburarea afazică. Aceasta nu înseamnă că programul MIT trebuie redus la facilitarea articulării prin utilizarea structurilor verbale intonate (Zumbansen, Peretz, Hébert, 2014). Criteriile de includere a persoanelor care prezintă tulburări afazice în programul Melodic Intonation Therapy sunt (Sparks, 2008):

- persoana prezintă abilități comunicaționale reduse, prezintă tulburare afazică nonfluentă (candidații la acest tip de program terapeutic sunt în special persoanele care prezintă afazie Broca);
- nu înregistrează dificultăți perceptive și de comprehensiune verbală (prin urmare, afazia Wernicke, afazia transcorticală sau afazia globală nu sunt categoriile diagnostice adresate prin programul MIT);
- este echilibrată din punct de vedere emoțional, nu prezintă tablouri accentuate de manifestări depresive sau anxioase, își dorește să depășească deficitele comunicaționale cu care se confruntă și acceptă programul terapeutic propus.

Zumbansen, Peretz și Hébert (2014) au realizat o sondare a literaturii de specialitate care vizează programul MIT și au subliniat valoarea științifică măsurată a implicațiilor pozitive ale acestui

Scanned with OKEN Scanner

program terapeutic asupra abilităților conversaționale propoziționale nu doar a persoanelor afazice, ci și a celor care prezintă apraxie orofacială sau bucală, tocmai prin faptul că programul antrenează zonele cerebrale de la nivelul emisferei drepte, zone cerebrale neafectate, și stimulează preluarea de către aceste zone a atribuțiilor zonelor cerebrale lezate (de la nivelul emisferei stângi). Chiar dacă în prima parte a programului terapeutic persoana afazică utilizează cântatul pentru a se facilita articularea verbală, ulterior se poate renunța la cântarea, intonarea structurilor verbale, Zumbansen, Peretz și Hébert (2014) demonstrând faptul că efectele programului MIT se conservă în timp.

8.3.7. Programe terapeutice care valorifică tehnicile terapiei ocupaționale

Terapia ocupațională poate fi considerată o direcție importantă în recuperarea persoanei care prezintă tablouri afazice, mai ales având în vedere faptul că pentru multe persoane active din punct de vedere profesional instalarea tulburării și blocarea posibilității de exercitare a profesiei reprezintă factori traumatici care conduc la instalarea tulburărilor emoționale, cu impact negativ asupra întreg demersului recuperator.

Tomori, Nagayama, Ohno, Nagatani, Saito, Takahashi, Sawada, Higashi (2015) au evidențiat valențele formative ale terapiei bazate pe diverse profesii, ocupații reale, cele care au fost asumate de persoanele care prezintă tablourile afazice pe parcursul vieții lor. Autorii au subliniat că rezultatele obținute de participanții la studiu, atât din punctul de vedere al stării globale de sănătate, cât și din punctul de vedere al stării emoționale, au fost superioare celor incluși în grupul de control (grup căruia i s-a administrat o terapie focalizată pe particularitățile tulburării).

Se poate astfel concluziona că programele de terapie psihosocială și cele care valorifică tehnici psihoterapeutice pot fi îmbinate în mod funcțional cu programe de recuperare care valorifică tehnicile

Scanned with OKEN Scanner

terapiei ocupaționale, în acest fel abordarea este una integrată şi persoana care prezintă tulburări afazice poate să îşi structureze abilități comunicaționale, sociale şi emoționale marcate contextual.

8.3.8. Programe terapeutice multimodale (integrate)

Programele terapeutice multimodale sunt cele care presupun administrarea de tehnici terapeutice care se integrează, se articulează, în funcție de nevoile contextuale, momentane, ale persoanei căreia demersul terapeutic îi este adresat. Este de notat faptul că programele multimodale pot fi şi compuse din tehnici monofațetate, care se articulează sub forma unui program terapeutic complex, în funcție de nevoile şi specificitățile evolutive ale cazului. Prin urmare, enumerăm în această categorie de programe acele direcții terapeutice care nu au fost anterior prezentate, analizate, cu mențiunea că abordarea integrată permite utilizarea lor în mod articulat, înlănțuit, pentru a răspunde scopului final al întregului demers de recuperare, şi anume pentru a răspunde în mod eficient şi funcțional nevoilor comunicaționale, sociale şi emoționale ale persoanei căreia i se adresează şi, în mod implicit, ale mediului în care persoana trăieşte.

ASHA (2015a) menționează o serie de direcții de intervenție şi tratament în contextul tulburării afazice. Dintre autorii citați de ASHA îl putem menționa pe Silkes (2012). Printre metodele prezentate de ASHA se numără şi metodele mai sus enumerate şi descrise, la care se adaugă:

- Constrained Induced Therapy (această formă de terapie se bazează pe limitarea posibilității persoanei afazice de a se folosi de diferitele mişcări cu anumite părți ale corpului, de a se folosi de contactul vizual, pentru a comunica cu interlocutorul. Prin urmare, metoda promovează focalizarea asupra abilităților lingvistice rămase intacte şi stimularea acestora în vederea redobândirii unor deprinderi şi abilități comunicaționale (Pulvermuller, Neininger, Elbert, Mohr, Rockstsorn, Koebbel, Taub, 2001; Cherney, Patterson et al., 2008).

Scanned with OKEN Scanner

- Intervenția bazată pe citire și scriere (aceasta presupune antrenarea abilităților lingvistice prin utilizarea scrisului și cititului. Desigur că în mod indirect tehnica presupune antrenarea abilităților lingvistice orale și comunicaționale, precum și stimularea abilităților vizuale și auditive).
- Intervenția bazată pe tehnici alternative și augmentative de comunicare (de exemplu, se utilizează limbajul gestual, limbajul gestual adaptat tactil sau alte sisteme de comunicare nonverbală, mai ales în contextul afaziei Broca, în care comunicarea verbală este uneori imposibilă). Valențele unui demers terapeutic care valorifică tehnicile alternative și augmentative de comunicare sunt puse în evidență de studiul condus de Jacobs, Drew, Ogletree, Pierce (2004), studiu realizat pe un lot de participanți care prezentau forme severe de tulburări afazice, forme în care alte direcții terapeutice nu puteau fi utilizate.
- Intervenția bazată pe modelarea abilităților de comunicare prin coaching și parteneri de lucru, coechipieri (uneori un membru al familiei poate fi persoana care ghidează, care asigură coordonarea persoanei afazice).
- Terapia focalizată pe tulburare (acest demers terapeutic presupune o proiectare a programului de intervenție în funcție de rezultatele obținute în urma evaluării particularităților cazului. În acest fel, deficitele identificate pot fi abordate prin tehnici aferente. Astfel de tehnici pot fi: *verb network stengthening treatment* — tehnici de generalizare a utilizării verbelor în vederea dezvoltării abilităților lingvistice; *word finding treatment* — tehnici de antrenare a utilizării cuvintelor, identificării cuvântului potrivit contextului comunicării; tehnici articulate de antrenare a abilităților sintactice; *tehnici bazate pe elaborare de texte scrise* — textele sunt scrise împreună cu persoana afazică, prin valorificarea principiilor metodei abordării naturale a conversației; *tehnici de întărire reciprocă a*

Scanned with OKEN Scanner

abilităților de comunicare — rolurile se schimbă, persoana afazică își asumă și rol de terapeut; *tehnici focalizate pe dezvoltarea abilităților lingvistice pragmatice* — aceste tehnici sunt focalizate pe înțelegerea regulilor unei conversații, pe selectarea cuvintelor potrivite și pe utilizarea adecvată a comunicării nonverbale; tehnici focalizate pe dezvoltarea abilităților sociale și de participare la viața de zi cu zi).

- Terapia focalizată pe stimularea abilităților de interrelaționare (sub cupola acestor demersuri terapeutice poate fi menționată tehnica *Supported Communication Intervention* — această tehnică abordează integrat, articulat, componenta socială a abilităților comunicaționale, prin utilizarea tehnicilor adecvate de comunicare alternativă și augmentativă, prin pregătirea, consilierea și informarea adecvată a partenerilor conversaționali, prin promovarea interacțiunii sociale și a terapiei de grup).

Kory Calomfirescu și Kory Mercea (1996) enumeră o serie de alte metode specifice de abordare a tablourilor afazice, dintre care menționăm:

- metoda de interacțiune vizuală (se utilizează în formele de afazie globală și mixtă; sunt utilizate obiecte reale care se asociază cu semnificație/cuvinte);
- controlul voluntar al exprimării involuntare (cuvintele pronunțate involuntar de bolnavul afazic sunt notate, apoi acestuia i se cere să le citească și să le pronunțe voluntar, intenționat. Dacă se ajunge la antrenarea a 200-300 de astfel de cuvinte, se recomandă abordarea unei metode mai avansate de antrenare a limbajului);
- metoda facilitării (de obicei primele sunete și analizele fonemice sunt cele care angrenează apoi producerea cuvântului, potrivit lui Voinescu și Gheorghiță, 1978);
- metoda „mapping" (este folosită în special în agramatisme și constă în analize sintactice — persoana afazică scrie

Scanned with OKEN Scanner

propoziția, identifică subiectul, apoi predicatul, complementele şi atributele);
- metoda terapiei structurate (această metodă presupune abordarea multidimensionată a contextului patologic: etiologie, condiții de viață, aspecte sociale, aspecte lingvistice, aspecte emoționale şi psihologice etc.);
- hipnopedia (metoda este folosită în special în cazurile de accidente cerebrale, cazuri în care somnul facilitează recuperarea);
- metoda sofrologică (utilizarea stării de somnolență, starea dintre veghe şi somn, o stare care permite relaxarea şi antrenarea abilităților de comunicare mai eficient decât tehnicile logopedice clasice, tocmai pentru că se bazează pe armonizarea trăirilor ființei umane, susțin Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996), în urma derulării unui studiu cu opt participanți, studiu prin care au reuşit să compare eficiența terapiei logopedice clasice cu aceea a terapiei logopedice aplicate prin materializarea metodei sofrologice);
- metoda PACE — Promoting Aphasic Communication Effectiveness (metodă introdusă de Davis şi Wilcox, 1985, după Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996). Această metodă presupune transmiterea unui mesaj persoanei afazice de către terapeut şi modelarea răspunsului oferit ca într-un joc de rol. Metoda se utilizează în cazurile severe de afazie.

Inventariind toate aceste tehnici, metode şi programe de abordare a tulburării afazice, se poate constata că direcțiile de abordare sunt diverse, variate, în funcție de paradigma sub cupola căreia se articulează întreg demersul de abordare. Important este de subliniat faptul că particularitățile diagnostice şi cele personale sunt aspectele care orientează demersul de intervenție.

DE REȚINUT!

Abordarea terapeutică a tulburărilor afazice este una multidimensionată, direcțiile de recuperare din sfera terapiei tulburărilor de limbaj

Scanned with OKEN Scanner

și comunicare putând fi rezumate la următoarele categorii de tehnici de intervenție:

- tehnici focalizate pe deficitul lingvistic identificat (deficite de la diferitele niveluri ale limbajului — fonetic, fonologic, morfologic, sintactic, semantic, lexical; deficite abordate și oral, dar și în scris);
- tehnici focalizate pe dezvoltarea abilităților comunicaționale (inclusiv prin tehnici de comunicare alternativă și augmentativă, comunicare nonverbală);
- tehnici focalizate pe utilizarea limbajului în vederea stimulării cognitive, a modelării interacțiunilor sociale și a manifestărilor emoționale.

9. Pronosticul în afazie și factorii care modelează formularea acestui prognostic

Din datele oferite de Voinescu (1978, 1980) şi Cherney, Robey (2008) se poate conchide faptul că primele 1-3 luni de la debutul afaziei sunt decisive pentru formularea unui pronostic în tablourile afazice. În acest interval de timp apar uneori chiar ameliorări spontane ale manifestărilor afazice. Ameliorările spontane scad apoi ca intensitate, acestea putând să se înregistreze maxim pe parcursul primului an ulterior episodului declanşator al tulburării, interval de timp după care nu se mai poate vorbi de recuperare spontană. În formele de afazie severă recuperarea este îngreunată de implicațiile în plan emoțional şi social ale deficitului comunicațional şi motor. De asemenea, caracterul evolutiv, progresiv, al tulburării poate să fie un element important de menționat atunci când se aduce în discuție problematica pronosticului în tulburarea afazică.

McCabe şi Ketesz (1977 apud Cherney, Robey, 2008) au evidențiat că în cazul a 39 din 93 de pacienți (41,9%) diagnosticați cu tulburare afazică, pe parcursul unui an de la instalarea tulburării, diagnosticul a suferit diverse modificări. Acest studiu a demonstrat astfel

Scanned with OKEN Scanner

că simptomatologia afazică şi încadrarea diagnostică se schimbă pe parcursul primului an de la instalarea tulburării, uneori chiar de mai multe ori. În aceeaşi ordine de idei poate fi menţionat şi studiul condus de Pashek şi Holland (1988 apud Cherney, Robey, 2008), studiu prin care s-a evidenţiat că pacienţii care prezentau afazie fluentă nu au înregistrat schimbări ale diagnosticului. Aceştia au subliniat şi faptul că, atunci când diagnosticul este de afazie anomică, din acel moment nu mai apar alte schimbări diagnostice (indiferent dacă tabloul iniţial a fost de afazie fluentă sau afazie nonfluentă).

Kory Calomfirescu şi Kory Mercea (1996) au realizat o inventariere a literaturii de specialitate cu privire la pronosticul recuperării tulburărilor afazice în funcţie de categoria diagnostică stabilită. Autoarele au subliniat că rezultatele unor astfel de studii sunt de multe ori contrariante, ceea ce înseamnă că diferenţele de la un lot de cercetare la altul sunt date mai degrabă de factorii personali şi de natură psihosocială, factori care nuanţează distinctiv particularităţile procesului de recuperare. Având în vedere criteriul tipului de tulburare afazică în recuperare se poate concluziona, în mod global, că atât tulburarea afazică de tip Broca, cât şi cea de tip Wernicke se pot recupera într-o mare măsură, afazia globală fiind forma de tulburare afazică cu cea mai scăzută rată de recuperare.

Având în vedere componenta lingvistică afectată, componenta motorie şi cea senzorială, se poate concluziona că abilităţile de comprehensiune verbală sunt abilităţile cel mai facil şi rapid recuperate, în timp ce din abilităţile motorii, componenta de fluenţă verbală este cel mai dificil de recuperat.

Cherney şi Robey (2008) abordează problematica pronosticului şi a evoluţiei tulburării afazice în mod nuanţat, realizând o analiză extinsă a studiilor din literatura de specialitate care abordează această problematică. Rezumând aceste studii, se poate concluziona că evoluţia tulburării afazice poate fi influenţată de următorii factori (cu menţiunea că fiecare caz este unic, cu elemente de specificitate certă):

Scanned with OKEN Scanner

- tipul leziunii şi factorul care a condus la instalarea tulburării afazice, locul leziunii şi extinderea acesteia;
- severitatea tulburării;
- tipul de program terapeutic abordat şi intervenţia imediată (după ce persoana este stabilizată din punct de vedere medical);
- vârsta persoanei care prezintă tulburarea afazică (unele studii subliniază că pronosticul este mai bun în cazul persoanelor tinere, deşi sunt şi studii care infirmă acest aspect);
- genul (se precizează faptul că recuperarea este mai rapidă în cazul genului feminin);
- lateralitatea şi dominanţa cerebrală (persoanele cu lateralitate stângă şi cele ambidextre s-a observat că înregistrează o recuperare mai rapidă);
- factorii psihosociali (starea emoţională şi starea de bine a persoanei afazice în mediul social din care provine se pare că pot influenţa procesul de recuperare în mod semnificativ).

Factorii care intervin în recuperarea tablourilor afazice pot fi grupaţi astfel potrivit lui Anca (2002, p. 309):

1. Variabile neurologice şi medicale:

1.1. Variabile prelezionale: integritatea fizică şi starea de sănătate, prezenţa adicţiei de alcool sau de alte substanţe nocive, dominanţa cerebrală, vârsta, genul, starea de ansamblu a funcţionării neuronale.

1.2. Variabile lezionale: tipul leziunii, întinderea leziunii, localizarea leziunii, factorul etiologic.

1.3. Variabile postlezionale: caracterul evolutiv sau staţionar al leziunii.

2. Variabile psihologice:

2.1. Variabile prelezionale: lateralitatea şi dominanţa cerebrală, elementele de specificitate temperamentală şi

Scanned with OKEN Scanner

psihocomportamentală, prezența bilingvismului, nivelul de funcționare cognitivă, strategiile de cunoaştere/învățare utilizate.

2.2. Variabile lezionale: severitatea implicațiilor psihologice, emoționale, ale tulburării, tipul afaziei, starea psihoafectivă în momentul leziunii.

2.3. Variabile postlezionale: tipul şi gradul motivației pentru recuperare, gradul de conştientizare a recuperării.

3. Variabile sociologice:

3.1. Variabile prelezionale: mediul sociocultural, cu valorile acestuia.

3.2. Variabile lezionale: asumarea unui rol social şi profesional.

3.3. Variabile postlezionale: calitatea mediului socioprofesional şi familial, durata şi calitatea spitalizării, primul ajutor, prezența unei terapii neuropsihologice, prezența sau absența problemelor economice.

Toate aceste variabile se combină, ceea ce înseamnă că fiecare caz de tulburare afazică are un grad crescut de unicitate. În aceste condiții, abordarea cazurilor de tulburări afazice se recomandă a fi individualizată, chiar dacă se recurge la terapia de grup (mai ales a grupurilor de suport), în mod episodic.

10. Afazia la copil

10.1. Circumscrieri diagnostice

Afazia de dezvoltare sau afazia congenitală este un capitol important al tulburării afazice, dar în acelaşi timp şi foarte controversat. Întrucât afazia este delimitată ca fiind acea tulburare de vorbire care presupune destructurarea limbajului după ce acesta a fost deja constituit, în cazul copiilor, atunci când se stabileşte diagnosticul de afazie congenitală, apare problema realizării diagnosticului

Scanned with OKEN Scanner

diferențial între afazia congenitală şi sindromul de nedezvoltare a limbajului.

Eisenson (1986) delimitează specificul diagnostic al afaziei congenitale, pe care o mai denumeşte şi afazie de dezvoltare. Potrivit acesteia, diagnosticul de afazie congenitală poate fi stabilit în condițiile în care:

- evaluarea abilităților cognitive prin modalități nonverbale demonstrează un nivel funcțional;
- evaluarea somatică, fiziologică, a componentelor periferice ale aparatului fonoarticulator nu indică malformații sau deficite structurale;
- evaluarea emoțională nu indică deficite sau tulburări de natură emoțional-afectivă;
- evaluarea funcției auditive nu indică deficite perceptive (copilul prezintă tulburări de procesare auditivă, iar nu tulburări de percepție auditivă);
- evaluarea mediului social din care provine copilul nu indică deprivarea copilului de stimulare, ceea ce înseamnă că nu carențele educative pot fi considerate răspunzătoare pentru nedezvoltarea limbajului copilului.

Van Dongen (1988) delimitează tabloul afazic întâlnit la copii prin intermediul a trei termeni:

1. *Afazia congenitală* — termen prin care se desemnează categoria diagnostică a tulburărilor de limbaj ce apar în absența deficitului perceptiv-auditiv, a tulburărilor emoționale şi a dizabilității intelectuale, în condițiile în care sunt prezente leziuni la nivel cerebral, modificări structurale.

2. *Afazia de dezvoltare* — potrivit acestui autor, termenul delimitează o categorie diagnostică a tulburărilor de limbaj care nu implică, în mod obligatoriu, leziuni cerebrale. Cauza deficitului de structurare a limbajului rămâne disfuncția cerebrală, care nu permite transmiterea stimulului auditiv perceput, de la nivelul urechii la nivelul zonelor cerebrale ce îl pot prelucra, precum şi

Scanned with OKEN Scanner

transmiterea răspunsului de la nivelul zonelor cerebrale către organele periferice, efectoare, implicate în producerea limbajului. Diagnosticul de afazie de dezvoltare se stabileşte în absența dizabilității auditive, a tulburărilor emoționale, a dizabilităților intelectuale, precum şi a carențelor educative. În condițiile în care diagnosticul de afazie de dezvoltare poate fi stabilit în absența leziunilor cerebrale, deficitelor de natură structurală, o posibilă cauză pentru apariția acestei tulburări a fost considerată a fi întârzierea în dezvoltarea sistemului nervos central (Rapin şi Wilson, 1978 apud Van Dongen, 1988), mai ales că Johnston et al., 1981 (apud Van Dongen, 1988), au arătat că tablourile de afazie de dezvoltare se caracterizează prin mici semne de natură neurologică — deficite motorii fine, deficite în orientarea în spațiu, deficite în identificarea stânga-dreapta, deficite perceptive. Pentru că diagnosticul de afazie de dezvoltare poate fi susținut cu puține dovezi certe, de natură neurologică, termenul a început să fie înlocuit cu cel de tulburare specifică de limbaj (*specific language impairment* — SLI). Detalierea conceptului de SLI este realizată contrastiv prin abordarea şi a tulburărilor nonspecifice de limbaj de Bodea Hațegan, 2015, detaliere prin care se surprinde faptul că SLI se referă la acele tulburări de limbaj ce nu au ca factor etiologic un tablou patologic care poate fi conturat, în timp ce non-SLI se referă la tulburările de limbaj care apar pe fondul unor tablouri patologice bine delimitate (de exemplu dizabilitate auditivă, tulburări neuromotorii, dizabilitate intelectuală etc.).

3. *Afazia dobândită* — aceasta este practic forma propriu-zisă de tulburare afazică. La copil această tulburare de limbaj poate fi dobândită în urma unui accident vascular cerebral, a unei traume la nivel de sistem nervos central, a unei forme tumorale etc. Prin urmare, această formă de tulburare de limbaj este cauzată de leziuni la nivelul sistemului nervos central, cu consecințe negative în planul achiziției sau dezvoltării limbajului. La copil, afazia dobândită poate fi împărțită în două subcategorii, în funcție de criteriul periodizării, de momentul în care a acționat factorul etiologic:

Scanned with OKEN Scanner

- afazia dobândită în perioada preverbală (0-2 ani, practic, diagnosticul de afazie dobândită în această perioadă este foarte greu de stabilit, acest tip de diagnostic confirmându-se, de obicei, în timp);
- afazia dobândită în perioada de dezvoltare a limbajului şi în perioada verbală (după vârsta de 2 ani, evoluția în acest caz de tulburare afazică fiind dependentă de factorul etiologic, de localizarea leziuni şi de gradul de extindere a acesteia). Aceasta este forma propriu-zisă de tulburare afazică întâlnită la copii, dar şi în cazul acesteia se ridică problema momentului, a vârstei la care se consideră că diagnosticul poate fi cel de afazie dobândită la adult. Van Dongen (1988) menționează că stabilirea diagnosticului de afazie la adult se realizează după vârsta de 15 ani.

O categorie distinctă de tulburare afazică dobândită este *afazia dobândită, cu epilepsie (Sindromul Landau-Kleffner).* Această formă afazică apare la vârsta de 3-7 ani, înainte de manifestarea tulburării copilul înregistrând o dezvoltarea firească a limbajului. Acest tip de afazie se asociază cu convulsii de tip epileptic, ceea ce face ca evoluția să fie marcată de un puternic caracter variabil şi impredictibil (aproximativ 2 din 3 copii rămân cu tulburări de natură receptivă, într-o formă mai mult sau mai puțin severă, în timp ce 1 din 3 copii se recuperează în totalitate). Sub aspect simptomatologic, tabloul afazic în contextul sindromului Landau-Kleffner este unul mixt, cu tulburări atât de natură expresivă (tulburări articulatorii, jargon afazie, parafazii, anomie, tulburări de ritm şi fluență, tulburări de voce), cât şi de natură receptivă (abilitățile de reactualizare a modelului dat sunt deficitare, la fel şi abilitățile de comprehensiune verbală), în timp ce abilitățile cognitive rămân intacte. Tabloul etiologic al acestei tulburări se pare că este un proces inflamator encefalitic (Webb, Adler, 2008, ICD 10).

Începuturile diagnosticării tulburării afazice la copil sunt localizate în secolul al XIX-lea, în apropierea momentului în care Broca a descris prima dată această categorie diagnostică la adulți. Clarus

Scanned with OKEN Scanner

(1974 apud Van Dongen, 1988) este cel care a descris pentru prima dată specificul tulburării afazice întâlnite la copil, subliniind faptul că această tulburare este frecvent întâlnită în cazul copiilor şi se recuperează cu dificultate. Abordările diagnostice care i-au urmat au stabilit faptul că tulburarea:

- este mai degrabă de natură motorie, nonfluentă;
- se poate datora şi leziunilor de la nivelul emisferei drepte;
- recuperarea are un prognostic favorabil în cazul acestei tulburări.

Van Dongen (1988) menţionează că, practic, în tot secolul XX aceste trei direcţii de abordare, de circumscriere a tulburării afazice la copil, au fost direcţiile ordonatoare ale întregului demers de diagnosticare şi intervenţie, chiar dacă au fost identificate şi cercetări care au arătat şi deficitele în sfera senzorială, a comprehensiunii verbale, ca fiind specifice tabloului de afazie la copil.

În apropierea anilor 1970–1980, perspectiva asupra tulburării afazice la copil s-a modificat substanţial, în condiţiile în care numărul studiilor de specialitate a crescut semnificativ. În aceste condiţii s-a impus nevoia circumscrierii diferite a particularităţilor diagnostice. O lucrare de referinţă în sensul schimbării paradigmatice survenite în abordarea afaziei la copil a fost cea elaborată de Woods şi Teuber în 1978 (Van Dongen, 1988). Prin această lucrare autorii au subliniat faptul că:

- pe lângă tulburarea afazică motorie, de tip Broca, nonfluentă, la copil pot fi întâlnite şi alte forme de tulburări afazice (chiar dacă incidenţa acestora este mai scăzută);
- tulburările afazice la copil se datorează, într-o mică proporţie, leziunilor cerebrale de la nivelul emisferei drepte (cele mai frecvente leziuni sunt identificate la nivelul emisferei stângi);
- gradul de recuperare a tulburării este unul variabil, ceea ce înseamnă că s-a redus optimismul recuperării tabloului afazic întâlnit la copil (iniţial se credea că tulburarea afazică la copil poate fi recuperată în totalitate).

Scanned with OKEN Scanner

În literatura românească Anca (2002, 2005) delimitează specificul tulburării afazice la copil, atât a tulburării afazice congenitale cât şi a tulburării afazice dobândite, pe care le caracterizează prin tulburări atât în planul motor, expresiv al limbajului, cât şi prin tulburări în planul senzorial, în planul comprehensiunii verbale. Autoarea subliniază faptul că formele mai uşoare de afectări ale limbajului la copii pot fi denumite şi disfazii. Această încadrare diagnostică este susținută de literatura de specialitate a secolelor al XIX-lea şi XX, literatură care susține că anumite forme de tulburări afazice sunt uşor de recuperat şi că anumite forme de tulburări afazice pot fi recuperate complet.

Seron (1999 apud Anca, 2002, 2005) stabileşte câteva criterii diagnostice pentru afazia congenitală:

a. deficit semnificativ în înțelegerea şi exprimarea verbală (fără a fi asociate aceste deficite cu tulburările comportamentale şi din sfera emoțională, cu dizabilitatea intelectuală sau dizabilitatea auditivă);
b. disfuncții perceptiv-auditive specifice (acestea se datorează afectării zonelor cerebrale implicate în percepția şi recunoaşterea stimulilor auditivi, în stocarea acestora în memoria de lucru, în prelucrarea şi organizarea secvenței auditive recepte, în elaborarea unui răspuns adecvat, în transmiterea răspunsului elaborat spre efectori, organele motorii implicate în exprimarea outputului);
c. disfuncții cognitive care nu sunt majore, mai ales că la probele nonverbale obțin rezultate care se situează în zona de medie sau peste medie;
d. răspunsurile oferite sunt inconsistente, sunt marcate de perseverență şi instabilitate generală.

Verza şi Verza (2011) delimitează specificul tulburării afazice congenitale prin:

– stabilirea factorului etiologic ca fiind întârzierea în maturizarea căilor auditive implicate în structurarea abilităților de

Scanned with OKEN Scanner

procesare fonologică, ceea ce înseamnă că apar dificultăți perceptiv-auditive, de diferențiere şi identificare, precum şi de stocare a inputului auditiv, în vederea prelucrării acestuia şi formulării unui răspuns adecvat;
- delimitarea zonelor cerebrale afectate ca fiind zonele temporale şi cele parietooccipitale.

Cei doi autori subliniază faptul că, dacă în cazul afaziei congenitale, literatura de specialitate stabileşte direcții diagnostice, ipoteze etiologice şi circumscrieri simptomatologice divergente, în cazul afaziei dobândite la copil există mai multă consecvență şi convergență în circumscrierea specificității tabloului patologic. Prin urmare, este unanim stabilit faptul că, în cazul afaziei dobândite la copil, afectarea achiziției şi structurării limbajului este dată de lezarea sistemului nervos central. Prin urmare, în funcție de momentul lezării SNC şi de stadiul achizițiilor lingvistice, simptomatologia tulburării afazice dobândite la copil ia forme mai mult sau mai puțin diferite față de afazia dobândită la adult. Astfel, dacă lezarea sistemului nervos central are loc înaintea dezvoltării limbajului (0–2 ani) sau în perioada de dezvoltare a limbajului (2–6/7 ani), tabloul simptomatologic al afaziei dobândite la copil este foarte diferit față de tabloul simptomatologic al afaziei dobândite la adult. Cu cât ne îndepărtăm de perioada de dezvoltare a limbajului, Verza şi Verza (2011) susțin că, încă de la vârsta de 10 ani, tabloul simptomatologic al afaziei dobândite la copil se aseamănă cu tabloul simptomatologic al afaziei la adulți.

Analizând datele identificate în literatura de specialitate cu privire la circumscrierea specificului afaziei la copil se constată că această încadrare suscită o serie de controverse, tulburarea fiind denumită şi abordată simptomatologic diferit, uneori chiar contrastiv. Toate acestea ne determină să concluzionăm că tulburarea afazică în cazul copilului este o realitate greu de diagnosticat şi abordat, chiar dacă această tulburare este întâlnită la nivelul populației infantile şi are implicații negative certe asupra limbajului

Scanned with OKEN Scanner

copilului, dar şi asupra evoluției lui ulterioare, la nivelul întregii personalități. De asemenea, se poate menționa faptul că variabilitatea interindividuală la nivelul acestei categorii diagnostice este una foarte crescută, ceea ce complică şi mai mult stabilirea specificului simptomatologic, a criteriilor diagnostice şi de diagnostic diferențial, precum şi elaborarea unor instrumente şi direcții terapeutice standardizate. În condițiile unei variabilități interindividuale atât de crescute, abordarea individualizată este cea mai oportună modalitate de lucru, iar uneori timpul este cel care confirmă sau infirmă ipotezele diagnostice formulate.

DE REȚINUT!

Prin urmare, afazia la copil, fie ea congenitală sau dobândită, este o formă diagnostică distinctă prin care se circumscrie o categorie de tulburări de limbaj oral și scris, la nivelul abilităților motorii, expresive, precum și la nivelul abilităților senzoriale, receptive, o categorie care are drept factor etiologic afectarea SNC, fără implicați majore în plan cognitiv, auditiv, comportamental și emoțional.

10.2. Direcții de evaluare

Direcțiile de evaluare şi diagnostic în contextul tulburării afazice la copil sunt delimitate prin însăşi specificul tulburării. Astfel, o primă direcție de evaluare este cea de natură *medicală neurologică*, pentru a se stabili localizarea afectării neurologice, extinderea acesteia şi, dacă este posibil, natura factorului etiologic.

Direcția de *evaluare cognitivă, psihologică* este cea care se situează în plan secund. Potrivit acestei direcții se stabileşte gradul implicațiilor negative ale leziunii cerebrale asupra funcționării cognitive. În condițiile în care afectarea sistemului nervos central este majoră şi implicațiile asupra structurării limbajului sunt severe, evaluarea cognitivă se realizează prin intermediul probelor nonverbale şi de performanță. Chiar dacă direcțiile diagnostice susțin faptul

Scanned with OKEN Scanner

că afazia la copil nu implică tulburări în sfera cognitivă, Eisenson (1986) atrage atenția asupra faptului că rezultatele copiilor la probele de evaluare cognitivă nonverbală sau de performanță nu sunt neapărat peste medie. Autoarea subliniază faptul că limbajul se structurează chiar în condițiile unui deficit cognitiv moderat, argumentând astfel în favoarea stabilirii diagnosticului de afazie, prin excluderea deficitului cognitiv asociind tulburarea de achiziție și dezvoltare a limbajului doar cu afectarea neurologică.

Pentru că diagnosticul de afazie exclude și *deficitul de natură audiologică, se impune realizarea unei evaluări ORL și audiologice.* În cazul acestei direcții diagnostice este iarăși important de subliniat faptul că, deși copilul care prezintă afazie are și dificultăți de procesare și integrare senzorială, aceasta nu înseamnă că el are dizabilitate auditivă. Astfel, condiția diagnostică a afaziei la copil exclude dizabilitatea auditivă.

Având în vedere acest aspect, dar mai ales faptul că afazia a mai fost denumită, cel puțin în spațiul francofon, și audiomutitate (Rondal și Seron, 1999; Mazeau, 1999), problematica procesărilor auditive deficitare este una care suscită puternice controverse atunci când este nevoie să se stabilească diagnosticul de afazie la copil. Pentru rezolvarea acestei controverse, ASHA (2015c) respinge diagnosticul de afazie la copil, înlocuind acest diagnostic cu următoarele trei circumscrieri patologice:

- apraxia verbală la copil este definită ca fiind o tulburare motorie cauzată nu de un deficit muscular, ci de tulburări de organizare a outputului verbal la nivelul creierului, din cauza leziunilor cerebrale, ceea ce înseamnă că simptomatologic se configurează în tulburări articulatorii majore (conform ASHA, 2015c);
- dizartria la copil presupune afectarea producției verbale prin deficitul de la nivelul categoriilor musculare implicate în articulare, fonație, rezonanță și respirație, toate aceste patru direcții de abordare a deficitului fiind subsumate categoriei

Scanned with OKEN Scanner

producerii verbale, a expresivității verbale. În tulburarea dizartrică deficitul activării musculare este elementul-cheie de diagnostic, acest deficit fiind secundar leziunilor nervoase (conform ASHA, 2015c);

- tulburarea de procesare auditivă centrală presupune afectarea abilităților copilului sau persoanei adulte de a asculta, reține și înțelege mesajul verbal, stimulul auditiv receptat, fără a incrimina o tulburare cognitivă, auditivă sau de altă natură ca fiind fondul etiologic al acestui deficit (conform ASHA, 2015c).

Evaluarea comportamentală și emoțională este un alt element-cheie al întregului demers de diagnosticare a tulburărilor afazice la copil. ASHA subliniază faptul că în delimitarea diagnostică a tulburării de procesare auditivă centrală sunt multe alte situații de diagnosticare care pot să conducă la manifestări de tipul celor date de tulburarea de procesare auditivă centrală și care ne pot orienta greșit în diagnostic, fără să fie vorba efectiv de această tulburare. Același lucru poate fi adăugat, prin extrapolare, și în cazul afaziilor la copil, legat de tulburările din sfera emoțională și comportamentală. Sunt o serie de disfuncționalități emoționale și comportamentale care nu neapărat se asociază cu tulburarea afazică, dar care pot bloca sau destructura achiziția limbajului. Anca (2005) menționează faptul că, chiar dacă tulburările emoționale și comportamentale derivă din tabloul lingvistic afazic, în cazul copiilor nu sunt identificate la fel de multe implicații negative de natură psihoemoțională ca în cazul adulților.

Evaluarea limbajului se focalizează pe următoarele coordonate:

- *evaluarea limbajului oral la nivel receptiv* (exemple de sarcini de evaluare: „Indică imaginea corespunzătoare cuvântului audiat". „Execută sarcina solicitată de examinator — arată dulapul, stai jos, ridică-te în picioare etc." „Stabilește dacă sunt la fel sau diferite perechile de sunete date: f-v; s-ș; z-j etc.");
- *evaluarea limbajului oral la nivel expresiv* (exemple de sarcini: „Numără până la zece". „Repetă după mine sunetele și

Scanned with OKEN Scanner

cuvintele următoare." „Denumeşte obiectele din imaginile următoare. Descrie o bicicletă.");

- *evaluarea limbajului scris-citit la nivel receptiv* (exemple de sarcini de evaluare: „Citeşte textul următor şi răspunde la întrebările de mai jos". „Completează propoziţiile cu structurile verbale potrivite". „Asociază cuvintele din coloana A cu structurile potrivite din coloana B.");
- *evaluarea limbajului scris-citit la nivel expresiv* (exemple de sarcini de evaluare: „Citeşte cu voce tare textul de mai jos". „Scrie după dictare următoarele structuri propoziţionale". „Elaborează o propoziţie cu cuvintele date şi redă-o în formă grafică").

Probele standardizate pentru evaluarea limbajului în contextul afaziei la copil nu sunt în număr mare, din cauza variabilităţii interindividuale foarte crescute a cazurilor, ceea ce înseamnă că sarcinile curriculare de evaluare sunt principalele modalităţi utilizate în evaluare.

Dintre probele standardizate menţionăm Language Assessment Remediation and Screening Procedure — LARSP (Probă de evaluare şi intervenţie în sfera limbajului), probă elaborată şi descrisă de Crystal, Fletcher şi Garman (1976), Crystal, Fletcher (1979). Acest instrument a fost iniţial elaborat pentru a pune în evidenţă particularităţile diagnostice ale copiilor care prezintă afazie. Proba se focalizează asupra structurării morfosintactice a limbajului, prin realizarea unei ample analize a producţiilor verbale ale copilului, producţii colectate pe baza conversaţiei libere. Astfel, programul propune abordarea producţiilor verbale pe şapte dimensiuni coordonate:

- stadiul I — stadiul structurilor propoziţionale formate dintr-un singur element;
- stadiul II — stadiul structurilor propoziţionale formate din două elemente;
- stadiul III — stadiul structurilor propoziţionale formate din trei elemente;

Scanned with OKEN Scanner

- stadiul IV — stadiul structurilor propoziționale formate din patru sau mai multe elemente;
- stadiul V — stadiul repetiției structurilor date cu propriile cuvinte (stadiu marcat de propoziții în care apar relațiile gramaticale, dar exprimate deficitar şi incomplet, de exemplu: Copil făcut tati joc frumos.);
- stadiul VI — stadiul structurilor propoziționale complete, în care apar relațiile gramaticale şi structurile coordonate (de exemplu: Copilul a plâns şi a cerut ajutor.);
- stadiul VII — stadiul structurii discursului, înțelegerii verbale şi a stilului comunicațional.

Abordarea mostrelor de limbaj pe baza acestui program de analiză presupune un proces laborios de cuantificare a structurilor propoziționale şi de indicare a relațiilor gramaticale materializate la nivelul acestora. Prin urmare, utilizarea acestui program reclamă o bună cunoaştere a procedurii, o bună cunoaştere a noțiunilor gramaticale şi o investiție semnificativă sub aspect temporal. În ciuda acestor limite, programul oferă avantaje semnificative, întrucât facilitează proiectarea unui detaliat program de intervenție care va ținti toate aspectele relevante, pe baza analizei gramaticale întreprinse.

10.3. Direcții de intervenție

Programele de intervenție în contextul afaziei la copil se articulează individualizat, având în vedere particularitățile simptomatologice şi de dezvoltare ale fiecărui caz. Procesul de intervenție, la fel ca procesul de evaluare, trebuie să fie multimodal structurat, ceea ce înseamnă că abordarea terapeutică a copilului afazic ar trebui să se realizeze la nivelul unei echipe interdisciplinare, la fel ca în cazul adulților.

Dintre modalitățile de stimulare a achizițiilor limbajului, programe de intervenție care să poată fi utilizate în contextul tulburării afazice, menționăm:

Scanned with OKEN Scanner

– *metoda asociaționistă a lui McGinnis și programul de învățare a limbajului a lui DuBard (Anca, 2005).* Acest program a fost structurat pe baza metodei asociaționiste a lui McGinnis. Această metodă presupune antrenarea de timpuriu a limbajului oral și pregătirea limbajului scris urmărind etapele în care limbajul se structurează în mod natural, fiziologic, de la unitățile mai simple, sunetele, fonemele vorbirii la coarticularea acestora în structuri silabice, pentru ca apoi să se faciliteze construirea cuvintelor și asocierea cuvintelor în structuri marcate de reguli morfosintactice, prin intermediul metodelor de abordare multisenzorială integrată. Relația dintre limbajul oral și cel scris-citit este subliniată în mod constant. Programul presupune asocierea producției verbale orale cu cea scrisă, această asociere facilitând structurarea integrată a achizițiilor lingvistice. Pașii prin care metoda se poate materializa, implementa, este descrisă de Anca (2005) și pe site-ul DuBard School for Language Disorders, aceasta putând fi o reală resursă pentru copilul cu tulburări afazice, tocmai datorită caracterului integrat al ei. Metoda DuBard a fost asumată paradigmatic prin constituirea unei școli care valorifică implicațiile pozitive ale acesteia — DuBard School for Language Disorders, încă din anul 1962, școală organizată sub patronajul Southern Mississippi University. În ceea ce privește implicațiile pozitive ale metodei în contextul simptomatologiei afazice, se poate menționa studiul care a vizat zece elevi diagnosticați cu apraxie verbală care au urmat cursurile școlii în intervalul 1990–2004. Prin acest studiu s-au subliniat implicațiile pozitive ale metodei DuBard în achiziția scrisului, cititului și stimularea abilităților nonverbale[1].

– *metoda analizei eșantioanelor lingvistice din punct de vedere morfosintactic (Tyack și Gottsleben, 1974 apud Anca, 2005).* Această

[1] https://www.usm.edu/dubard/research-apraxia-ability-reading-written-language

Scanned with OKEN Scanner

metodă presupune analiza eşantioanelor lingvistice din punct de vedere gramatical, identificarea componentelor deficitare şi structurarea unor programe de stimulare şi dezvoltare a achiziţiilor morfosintactice (Anca, 2005, prezintă un astfel de program de intervenţie focalizat pe realizarea relaţiei gramaticale dintre substantiv şi articol), cu implicaţii în plan fonologic, semantic şi pragmatic al limbajului. Considerăm că această metodă poate fi completată fie prin stabilirea Lungimii Medii a Enunţului (MLU), fie prin contabilizarea numărului morfemelor, fie prin contabilizarea numărului cuvintelor raportate la numărul enunţurilor independente, corect formulate (Haţegan, 2010). Prin completarea programului cu date oferite prin stabilirea MLU se asigură obiectivizarea demersului de evaluare şi proiectarea unei intervenţii terapeutice bazate pe dovezi ştiinţifice.

- *programul de stimulare a abilităţilor morfologice.* Acest program este descris şi adaptat pentru limba română de Haţegan (2011b), fiind preluat din Lecocq, P., Leuwers, Casalis, Watteau (1996). Programul se focalizează asupra structurării abilităţilor de segmentare morfemică, analiză morfemică şi sinteză morfemică, de flexiune morfosemantică cu scopul schimbării categoriei gramaticale. Acest program a fost gândit pentru structurarea abilităţilor morfosemantice, cu scopul facilitării achiziţiei scris-cititului, dar el poate fi implementat şi în contextul tulburării afazice, chiar dacă uneori sunt necesare restructurări masive ale materialului lingvistic utilizat sau chiar dacă doar principiile de elaborare a acestui program pot fi aplicate în anumite cazuri cu afectare severă a limbajului.
- *program de evaluare şi stimulare a fluenţei/comprehensiunii în citire şi scriere.* Acest program se poate baza pe utilizarea Probei de evaluare şi antrenare a fluenţei în citire — PEAFC (Bodea Haţegan, Talaş, 2014). Dacă PEAFC a fost gândită ca o probă

Scanned with OKEN Scanner

de evaluare a fluenței în citire și se adresează copiilor cu dificultăți specifice și tulburări de învățare, ea poate fi utilizată drept resursă materială și procedurală pentru elaborarea unui program complex de stimulare a fluenței atât la nivelul limbajului oral, cât și la nivelul limbajului scris-citit, cunoscut și subliniat fiind faptul că fluența reprezintă un element-cheie în diagnosticarea tulburărilor afazice atât la adult, cât și la copil. Programul trebuie să asigure și asocierea dintre componenta de fluență și cea de comprehensiune, atât în actul lingvistic oral, cât și în actul lingvistic scris-citit.

DE REȚINUT!

Programele de intervenție propuse se axează în principal asupra componentei morfosintactice **a limbajului, ceea ce evidențiază că se consideră ca fiind specifice, în tablourile afazice la copil, dificultățile în structurarea abilităților gramaticale. Subliniem importanța relaționării acestor programe cu demersuri de intervenție focalizate și pe componenta** semantică și discursivă a limbajului, **dar și pe** componenta fonetică, **direct relaționată cu cea de** fluență verbală. **Abordarea holistică a** limbajului oral **se reverberează și asupra** limbajului scris, **interrelaționarea limbajului oral cu cel scris-citit fiind un alt element-cheie al demersului de intervenție în contextul tulburării afazice la copil.**

Programele terapeutice descrise mai sus pot fi completate printr-o serie de strategii, modalități practice de abordare a limbajului și comunicării, în contextul tulburării afazice la copil, modalități similare cu cele care pot fi utilizate și au fost descrise ca fiind destinate adulților care prezintă afazie:

- *farmacoterapia;*
- *terapia prin muzică și artterapia;*
- *terapia bazată pe restructurarea mediului și modelarea comportamentală;*
- *terapia bazată pe tehnicile alternative și augmentative de comunicare;*

Scanned with OKEN Scanner

– *terapia bazată pe utilizarea tehnologiilor informaționale și comunicaționale.*

Abordarea terapeutică a tablourilor afazice este influențată în mod decisiv de o serie de factori: vârsta copilului, momentul în care a acționat factorul nociv, etiologia tulburării, gradul de afectare a SNC, starea generală de sănătate a copilului, suportul familial de care beneficiază, motivația și tipul de personalitate a copilului. Acest lucru ne determină să subliniem nevoia abordării individualizate a acestor cazuri și în mod organizat, la nivelul unei echipe interdisciplinare, echipă din care familia, părinții nu pot lipsi.

11. Abordare conclusivă

Afazia reprezintă o tulburare diagnostică complexă care suscită o serie de controverse și multiple direcții de abordare. Practic, sub cupola diagnosticului de afazie pot fi delimitate multiple tablouri simptomatologice, ceea ce ne determină să considerăm, mai degrabă, termenul „afazii" decât termenul „afazie". Dincolo de multiplele direcții de evaluare și intervenție, tehnici, metode și programe listate în literatura de specialitate, putem desprinde următoarele principii în creionarea demersului de abordare a tulburării afazice:

- tulburările afazice nu pot fi abordate doar din perspectivă monodisciplinară, abordarea multifațetată, pluridisciplinară, fiind necesară;
- variabilitatea simptomatologică interindividuală este una foarte crescută, ceea ce înseamnă că abordarea prin prisma unor modele verificate, de tip rețetă, este aproape imposibilă;
- abordarea individualizată prin programe personalizate de intervenție este singura în măsură să răspundă particularităților simptomatologice în tablourile afazice;
- tulburările afazice reclamă o abordare holistică, integrată, în care familia, aparținătorii, părinții au un rol decisiv în sprijinirea și facilitarea demersului terapeutic;

Scanned with OKEN Scanner

- intervenția timpurie (imediat după stabilizarea din punct de vedere medical) trebuie să constituie elementul ordonator al întregului demers de intervenție;
- evoluția în contextul tulburării afazice este marcată de un puternic grad de spontaneitate şi imprevizibil, ceea ce face ca demersul de abordare să fie, cu necesitate, unul flexibil, deschis, iar formularea unui pronostic este mai dificilă.

Bibliografie

Agostini, M., Garzon, M., Benavides-Varela, S., De Pellegrin, S., Bencini, G., Rossi, G., Rosadoni, S., Mancuso, M., Turolla, A., Meneghello, F., Tonin, P. (2014). Telerehabilitation in poststroke anomia. *Biomed Research International*, 2014706909. doi:10.1155/2014/706909.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ediția a cincea). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

Anca, M. (2002). *Logopedie,* Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2005). *Logopedie, Lecții,* Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

ASHA (2015a). *Aphasia,* consultat în data de 23.10.2015, pe http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663&section=Treatment.

ASHA (2015b). Aphasia, consultat în data de 01.12.2015, pe http://www.asha.org/public/speech/disorders/Aphasia/.

ASHA (2015c). Child speech and language, consultat în data de 03.12.2015, pe http://www.asha.org/public/speech/disorders/ChildSandL.htm.

Bak, T. (2005). Aphasia, *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation*, 5 (2), 31-32.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce şi vorbire. Evaluare şi intervenție,* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Scanned with OKEN Scanner

Comisiei de Neurologie şi Neurologie Pediatrică a Ministerului Sănătății, Publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 608bis din 03/09/2009: Bucureşti.
http://www.bungalowsoftware.com/aphasia.htm
http://www.ninds.nih.gov/disorders/tbi/detail_tbi.htm#266623218
http://www.traumaticbraininjury.com/symptoms-of-tbi/glasgow-coma-scale/
https://itunes.apple.com/us/app/communicaide-free-aacspeech/id702438971?mt=8
https://itunes.apple.com/us/app/smalltalk-aphasia-female/id310102858?mt=8
https://itunes.apple.com/us/app/smalltalk-aphasia-male/id403064267?mt=8
https://itunes.apple.com/us/app/smalltalk-daily-activities/id403060140?mt=8
https://play.google.com/store/apps/details?id=com.neurohero.taitlight&hl=en
https://www.usm.edu/dubard/research-apraxia-ability-reading-written-language
http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en
http://www.asha.org/

Scanned with OKEN Scanner

Tulburările de voce — aspecte teoretice și aplicații practice[1]

1. Actul fonator. Aspecte introductive

Fonația se referă la mecanismul care conduce la apariția vocii. Un rol decisiv în producerea vocii îl au laringele şi corzile vocale, dar şi întreg aparatul fonoarticulator contribuie la materializarea vocii prin vocale şi consoane (elementele fonetico-fonologice segmentale), intonație şi accent (elementele fonetico-fonologice suprasegmentale). Actul fonator se concretizează în plan fonetic-fonologic, ceea ce înseamnă că abordarea fonației ca act fiziologic de sine stătător nu se poate realiza în afara producției lingvistice decât din punct de vedere metodic. Prin urmare, analiza vorbirii, a structurilor comunicaționale, implică în mod automat abordarea inclusiv a problematicii referitoare la voce şi la modelarea acesteia.

În capitolul II al acestui volum sunt detaliate aspectele anatomofiziologice ale aparatului fonoarticulator, precum şi date cu privire la voce şi parametrii acesteia. Rezumând acele date, putem concluziona că vocea prezintă patru caracteristici de bază (Sloane, 2009; Woźnicka, Niebudek-Bogusz, Kwiecień, Wiktorowicz, Śliwińska-Kowalska, 2012):

---

[1] Capitolul „Tulburările de voce — aspecte teoretice și aplicații practice" a fost publicat pentru prima dată în volumul **Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție**, volum apărut la Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2013, ceea ce înseamnă că în acest volum este republicat cu revizuiri.

Scanned with OKEN Scanner

- *înălțime* (conform acestui parametru vocea se poate materializa fie într-un registru vocal înalt, fie într-un registru vocal grav);
- *intensitate* (conform acestui parametru vocea se poate materializa fie cu o intensitate mare, fie cu o intensitate scăzută);
- *flexibilitate* (conform acestui parametru, vocea se poate caracteriza fie prin colorit, modulații, capacitate emfatică, fie prin monotonie);
- *sustenabilitate* (conform acestui criteriu abilitățile fonatorii ale persoanei îi conferă particularitate, unicitate vorbitorului și asigură compatibilizarea rolului socioprofesional cu particularitățile sale anatomo-fiziologice).

Aceste calități ale actului fonator sunt dependente de structura aparatului fonoarticulator, de integritatea și funcționalitatea acestuia, de abilitățile articulatorii motorii și senzoriale, de abilitățile rezonatorii, de specificul mediului social și profesional al persoanei, de starea de sănătate generală.

În aceste condiții, The National Center for Voice and Speech — NCVS (2015) subliniază faptul că vocea se concretizează pe un continuum acustic, iar delimitarea acesteia prin elementele caracteristice se realizează în termeni didactici, când, în fapt, actul fonator poate fi rezumat prin următoarea formulă:

Vocea de calitate = structura tractului vocal + anatomia laringelui + comportamentul învățat

Aceasta înseamnă că structura anatomică a aparatului fonoarticulator, în general, precum și structura anatomică a laringelui, în special, sunt direct răspunzătoare de modul în care se ipostaziază vocea, la fel ca mediul și modelarea comportamentului vocal.

Prin *structura anatomică a aparatului fonoarticulator* se înțelege forma, conformația compartimentelor, organelor implicate în actul fonator: gâtul poate fi mai scurt sau mai lung, faringele poate fi mai îngust sau mai larg, cavitatea bucală și maxilarele pot fi mai mari sau mai mici, înguste, buzele pot fi mai cărnoase sau mai

Scanned with OKEN Scanner

subțiri. Toate aceste caracteristici anatomice sunt genetic determinate (chiar şi unele patologii care afectează structura anatomică a componentelor aparatului fonoarticulator sunt genetic determinate). Deşi ponderea determinării genetice este crescută, anumite aspecte structurale pot fi manipulate prin învățarea unor comportamente specifice, ce țin de tehnica vocală. În acest sens poate fi oferit exemplul profesioniştilor vocali, al cântăreților, care învață o serie de strategii de compensare a structurilor anatomice mai puțin favorizate în actul cântatului, de exemplu: apertura cavității bucale poate modela conformația îngustă a maxilarelor şi a cavității bucale, rotunjirea buzelor lungeşte traiectul vocal, respirația abdominală creşte volumul respirator, compensând conformația mică a traiectului fonoarticulator.

Structura laringelui este de asemenea determinată genetic, forma cavității laringiene, poziționarea laringelui, lungimea corzilor vocale. Dincolo de aceste aspecte marcate genetic, strategiile de igienă vocală şi stilul de viață al persoanei pot influența în mod decisiv structura anatomică a laringelui.

Comportamentul fonator achiziționat se referă la aspectele care conferă unicitate timbrului vocal al fiecărei persoane. Astfel, în timpul achiziției limbajului sau pe parcursul perioadei verbale, persoana ajunge să îşi configureze o serie de comportamente articulatorii, respiratorii, rezonatorii, fonatorii specifice. Aici pot fi enumerate şi aspectele referitoare la fluența şi ritmul verbal, debitul verbal, pauzele din vorbire, comportamentele nonverbale care susțin producția verbală.

Prin aceste aspecte, NCVS (2015) subliniază importanța considerării atât a componentelor constitutive, de natură anatomică, cât şi a componentelor psihoeducaționale (care țin de structura personalității, de modelarea comportamentală şi chiar de igiena vocală) în abordarea problematicii vocii şi a tulburărilor de voce.

Având în vedere toate aceste aspecte, actul fonator poate fi abordat pe următoarele coordonate:

Scanned with OKEN Scanner

- aspecte anatomofiziologice implicate în actul fonator;
- parametrii, calitățile vocii;
- tulburările de voce şi etiologia acestora;
- direcții de evaluare în contextul tulburărilor de voce;
- direcții de intervenție în abordarea tulburărilor de voce.

2. Tulburarea de voce — semn sau/și simptom al unei boli sau tulburări

În domeniul tulburării de voce, ca şi în domeniul medical, se face distincția între semn şi simptom. Semnul reprezintă manifestarea obiectivă, fizică, a unei boli, în timp ce simptomul reprezintă componenta subiectivă a unei boli, conturată din punctul de vedere al pacientului. Astfel, disfonia, paralizia unilaterală a corzilor vocale, răguşeala, diplofonia sunt semne ale unei boli/tulburări, în timp ce percepția subiectivă a pacientului de tipul durerii, vocii disfuncționale, disconfortului vocal este un simptom al unei boli sau tulburări/afecțiuni.

Prin această delimitare, Aronson, Bless (2009) subliniază nevoia tratării disfuncționalităților vocale atât din punct de vedere medical, cât şi din punct de vedere logopedic şi psihologic. Cercetătorii atrag atenția asupra faptului că de foarte multe ori tulburarea de voce poate fi un semn pentru o problemă medicală foarte serioasă, iar abordarea medicală, clinică se impune. Sunt şi situații în care sunt diferențe între observațiile clinicianului şi modul în care pacientul resimte situația, aceste diferențe trebuind tratate cu foarte mare atenție, deoarece ele pot evidenția prezența unei tulburări psihologice. Se impune astfel ca pacientul să reprezinte, alături de doctor şi terapeut, un actant, la fel de important, în procesul de evaluare şi intervenție în contextul tulburărilor de voce.

Această asumpție determină utilizarea în evaluarea tulburărilor de voce a scalelor care le permit pacienților să îşi exprime percepția

Scanned with OKEN Scanner

subiectivă asupra situației cu care se confruntă. În sprijinul celor menționate putem face referire la studiul coordonat de Woźnicka, Niebudek–Bogusz, Kwiecień, Wiktorowicz, Śliwińska–Kowalska, (2012), studiu care a demonstrat că utilizarea scalei pentru disconfort vocal, bazându-ne pentru diagnosticare pe percepția pacienților, are valoare consistentă, datele obținute fiind comparate cu date obținute în urma unor măsurători obiective.

3. Etiologia tulburărilor de voce

Tulburările de voce pot fi abordate din două puncte de vedere:

- **perceptiv.** Tulburările de voce abordate din punct de vedere perceptiv relevă prezența unor semne, simptome de tipul: răguşelii, vocii ascuțite, vocii aspre etc., simptome care pot fi receptate auditiv-perceptiv şi care se referă la calitatea parametrilor vocii: înălțime, intensitate, flexibilitate.
- **kinestezic.** Tulburările de voce abordate din punct de vedere kinestezic relevă informații despre mişcările corzilor vocale, despre hipofuncția sau hiperfuncția muşchilor de la nivelul laringelui.

Cauzele tulburărilor de voce pot fi de natură organică sau funcțională. Cauzele de natură organică sunt cauze care se referă la structura anatomofiziologică a aparatului fonoarticulator. Afectarea corzilor vocale poate avea şi cauze endocrine sau poate fi rezultatul tulburărilor respiratorii.

Rondal şi Seron (1999), Mureşan şi Chirilă (2015) delimitează următoarele subcategorii de factori etiologici care se pot constitui în surse ale tulburărilor de voce:

a. suprasolicitarea vocală — efortul vocal constant şi nedozat corespunzător poate conduce la apariția unei serii de tulburări de voce, analizabile atât din punct de vedere calitativ, cât şi din punct de vedere cantitativ.

Scanned with OKEN Scanner

b. cercul vicios al solicitării vocale — diminuarea eficacității producției vocale încearcă să fie compensată prin creşterea intensității vocii, de cele mai multe ori, dar şi prin creşterea presiunii intralaringiene. Se constată că, direct proporțional cu creşterea intensității vocii şi cu creşterea tensiunii intralaringiene, apar oboseala vocală, disfonia şi chiar afonia.

c. stresul, anxietatea, tulburările emoționale pot conduce la instalarea tulburărilor de voce. Astfel, regulile de igienă vocală includ şi recomandări cu privire la managementul stresului şi al tulburărilor emoționale. Starea încordată, agitația psihomotorie, tensionarea musculară generală afectează nu doar starea de sănătate generală, ci şi funcționalitatea vocală, din cauza senzației de uscăciune de la nivelul cavității bucale şi de la nivelul gâtului şi secreției vâscoase. Tulburările de voce rezultate în urma acționării acestor factori emoționali şi a stresorilor interni şi/sau externi sunt de natură psihogenă, abordarea acestora reclamând munca în echipă interdisciplinară: foniatru, psiholog, psihoteraput şi psihiatru. Din practică, putem sublinia faptul că în țara noastră aceste tulburări psihogene sunt considerabile numeric raportat la tulburările organice, iar abordarea lor terapeutică se realizează preponderent monodisciplinar, cu rezultate reduse.

d. funcțiile corpului — producția fonatorie este dependentă de o serie de aspecte corporale fiziologice:

1. *funcția endocrină* — grosimea, lungimea şi funcționalitatea corzilor vocale sunt influențate de hormonii tiroidieni (hipofuncția tiroidiană conduce la instalarea unei stări astenice generale, inclusiv la nivel vocal, vocea este stinsă, slabă; hiperfuncția tiroidiană conduce la apariția unei voci grave, încordate, aspre); hormonii sexuali (aceştia asigură mutația vocii şi acționează mai vizibil în perioada pubertății. Mutația vocii este mai puțin evidentă la fete şi mai evidentă la băieți.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburările de voce din perioada pubertății poartă numele de puberfonie).

2. *menstruația* — vocea se modifică în perioada premenstruală datorită schimbărilor fiziologice şi psihologice ce au loc în corp. Tulburările de voce întâlnite în această perioadă sunt caracterizate prin oboseala vocală, incapacitatea de a articula sunete înalte, materializarea vocii pe frecvențe grave.
3. *menopauza* — reducerea secreției hormonilor estrogeni conduce la calcifierea cartilajelor laringelui, ceea ce se concretizează în modificarea vocii; timbrul vocii este mai grav, ritmul monoton, flexibilitatea vocii este redusă.
4. *obezitatea* — creşterea în greutate conduce la instalarea tulburărilor respiratorii, ceea ce poate contribui la afectarea fonației, prin afectarea musculaturii abdominale şi reducerea timpului maxim de fonație.
5. *sarcina* — vocea se modifică în perioada de sarcină tot datorită scăderii volumului respirator. În această perioadă vocea devine mai monotonă şi mai gravă. Secreția hormonală din această perioadă fiziologică contribuie la modificarea fundamentalei vocii.
6. *administrarea de substanțe care stimulează secreția hormonilor androgeni* conduce la apariția unor tulburări fonatorii specifice: voce bitonală, tremurândă, imprecisă, voce respirată.
7. *înaintarea în vârstă* — odată cu înaintarea în vârstă, structurile şi funcțiile corpului se modifică. Aceste modificări apar şi la nivelul cavității laringiene, ceea ce conduce la apariția unei disfonii specifice, o disfonie caracterizată prin monotonie a vocii, materializarea vocii pe frecvențe grave, scăderea capacității respiratorii şi a capacității fonatorii.
8. *îmbolnăvirile şi starea precară de sănătate* — majoritatea bolilor pot conduce la instalarea unor tulburări specifice de voce, tulburări care uneori dispar, alteori trădează episodul patologic experimentat.

Scanned with OKEN Scanner

9. *funcția perceptiv-auditivă* — scăderea capacității perceptiv-auditive conduce la apariția unor tulburări de voce specifice. Disfuncțiile perceptiv-auditive conduc la posteriorizarea bazei articulatorii, la imprecizia funcției fonatorii, la monotonie și lipsă de flexibilitate în actul fonator, la asocierea tractului nazal la producerea și articularea sunetelor. Tulburările de voce pot fi indicatori elocvenți ai prezenței dizabilității auditive, chiar și la vârste foarte mici.

DE REȚINUT!

Având în vedere strânsa legătură dintre principalele aspecte care privesc structurile corpului, funcțiile corpului și materializarea vocii, subliniem importanța includerii în programul de screening al tulburărilor de limbaj și monitorizarea funcției fonatorii.

e. agenții externi — o serie de substanțe administrate fie cu valoare curativă, fie cu alt scop pot influența uneori chiar și iremediabil vocea. Toate aceste substanțe au implicații negative, mai ales asupra vocii profesioniștilor vocali (cântăreți):

1. *fumatul* — fumul de țigară are un efect paralizant asupra corzilor vocale, ceea ce face ca majoritatea fumătorilor să dezvolte o tuse iritativă. Din cauza fumului de țigară, la nivelul cavității laringiene apar edemul și inflamația generalizată, cu implicații negative asupra producerii de voce de calitate.
2. *expunerea la iritanți* — inspirarea de substanțe iritante pentru mucoasa nazală și laringiană este frecventă în sălile de spectacol, în amfiteatre. Printre factorii cu potențial iritant și cu implicații negative asupra producerii de voce menționăm: praful, umiditatea, praful de cretă, uscăciunea dată de supraîncălzirea spațiului.
3. *drogurile* — marijuana are un efect iritant asupra mucoaselor; cocaina conduce la scăderea sensibilității, ceea ce facilitează abuzul vocal și scăderea controlului vocii; alcoolul modifică

Scanned with OKEN Scanner

secreţiile mucoase, scade controlul musculaturii fine şi conduce la imprecizie şi necoordonare în producţia de voce.

4. *alimentaţia* — multe dintre alimente conduc la sporirea secreţiilor mucoase şi cresc vâscozitatea acestora. Dintre aceste alimente menţionăm: ciocolata, nucile, glucidele, în general. Condimentele au efect iritativ asupra corzilor vocale şi angrenează laringita de reflux.
5. *medicamentele* — acestea pot avea efecte pozitive asupra vocii, în condiţii patologice (de exemplu în infecţiile respiratorii antibioticele au efecte pozitive), dar administrarea acestora în mod necontrolat, abuziv, fără prescripţie medicală, poate conduce la apariţia tulburărilor de voce. Antihistaminicele pot scădea rata scurgerilor retronazale, acestea indicându-se a fi administrate cu moderaţie, fiindcă pot conduce la scăderea lubrifierii corzilor vocale. Mucoliticele sunt utilizate pentru lichefierea mucozităţilor, inclusiv a secreţiilor retronazale, scăzând frecvenţa episoadelor de raclaj al gâtului. Corticosteroizii sunt frecvent utilizaţi pentru tratarea laringitelor inflamatorii, utilizarea lor în exces putând conduce la afectarea musculaturii corzilor vocale. Diureticele sunt utilizate frecvent, mai ales de cântăreţe, în perioada premenstruală, pentru că ajută la eliminarea apei din organism. Desigur că acestea pot avea efect iritativ asupra corzilor vocale ca urmare a deshidratării corzilor vocale. Aspirina are efect nociv asupra corzilor vocale, la fel ca orice alt analgezic, din cauza hemoragiilor vocale pe care le poate antrena. Medicaţia antihipertensivă, contraceptivele orale, vitaminele, precum şi unele medicamente homeopate sunt contraindicate fără prescripţie medicală, mai ales în cazul cântăreţilor, pentru că pot conduce la apariţia disfuncţiilor la nivelul corzilor vocale.

f. cauze profesionale — aceste cauze subliniază faptul că tulburarea de voce severă poate fi şi rezultatul exercitării unei anumite profesii.

Scanned with OKEN Scanner

Ne oprim în special asupra categoriei profesionale a cadrelor didactice, a cântăreților și a actorilor. În cazul acestora utilizarea abuzivă a vocii poate conduce la apariția disfoniilor ușoare sau chiar severe. Suprasolicitarea vocală, utilizarea vocii în medii fizice nefavorabile, creșterea înălțimii vocii din dorința de a acoperi zgomotul de fond produs de elevi sau spectatori, tehnicile respiratorii și fonatorii greșite, strategiile de igienă vocală deficitare pot conduce la apariția tulburărilor vocale, cu consecințe majore asupra exercitării profesiei.

DE REȚINUT!

În țara noastră, tulburarea de voce este acceptată cu dificultate ca fiind o boală profesională, prin urmare, strategiile de protecție medicală și socială nu sunt pregătite pentru a sprijini profesionistul vocal aflat în dificultate. Este important de subliniat în aceste situații că tehnicile de igienă vocală și moderația sunt principalele modalități prin care profesionistul vocal își poate autoadministra și autodetermina evoluția profesională.

În tabelul 25 sunt detaliate o serie de tablouri patologice care pot fi asociate cu tulburări specifice de voce.

Tabelul 25. Patologii asociate cu tulburări de voce (adaptat după Aronson, Bless, 2009).

Tulburări congenitale	Detalierea afecțiunii
Atrezie	Atrezie — lipsa sau neperforarea naturală a unui orificiu (în cazul nostru orificiul care privește tractul fonoarticulator), Burlea, Burlea, Milic, Burlea, Zanfirache, Mereuță, 2011.
Sindromul Cri du Chat	Sindrom genetic care presupune afectarea perechii de cromozomi 5, caracterizat prin tulburări de voce la nivelul gestionării înălțimii vocii; persoanele cu un astfel de sindrom prezintă o voce asemănătoare cu țipătul pisicii (caracteristică ce conferă denumirea tulburării). În cadrul acestui sindrom laringele este malformat, cu defect de adducție a corzilor vocale în fonație. Copiii care prezintă acest sindrom au o greutate scăzută la naștere, se confruntă cu tulburări de alimentație, plânsul lor seamănă cu țipătul pisicii, prezintă dizabilitate cognitivă, microcefalie (Manning, 1977).

Scanned with OKEN Scanner

Malacie laringală	Malacie — micșorarea sau pierderea consistenței unui organ sau țesut. Laringomalacia, numită și laringe flasc congenital, cauzată de insuficienta scheletizare a laringelui, evoluează cu un stridor (un sunet care apare necontrolat) mai accentuat în decubit dorsal și în inspirație (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Stenoză glotică	Stenoză — blocare, presiune. Această tulburare poate fi congenitală sau dobândită. Stenoza glotică reprezintă colabarea (turtire spontană sau provocată a unui organ în scop terapeutic) laringelui la nivelul glotei (corzilor vocale). Aceasta este cauzată de fibrozare, formare de inele sau cicatrici și implică de cele mai multe ori glota posterioară. Cea mai frecventă cauză a stenozei este intubarea endotraheală prelungită. La pacienții care sunt intubați pentru mai mult de zece zile, riscul de a dezvolta stenoză glotică posterioară este de 15% (Aronson, Bless, 2009, Popescu, Borangiu, Isac, Posea, Ionescu, 2011).
Laryngeal web (Glota palmata)	Aceasta reprezintă o malformație congenitală a laringelui, care presupune apariția unei membrane care poate fi mai subțire, transparentă sau mai groasă. Această formațiune membranoasă se poate extinde între corzile vocale până în partea comisurii laringiene anterioare. Tulburarea se manifestă printr-o respirație deficitară, tulburări de voce, disfonie și în unele cazuri se poate ajunge chiar la afonie (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari 2000).
Despicătură laringiană	Despicăturile facio-maxilo-palatine pot afecta și zona laringiană. Despicăturile se datorează lipsei coalescenței mugurilor faciali și a mugurilor palatini în embriogeneză (perioada intrauterină dintre săptămâna a 6-a și a 11-a de sarcină). În cazul despicăturii laringiene este vorba de lipsa de coalescență a lamelor cartilagiului tiroid, însoțită adesea de malpoziția corzilor vocale. Vocea este slabă, se poate nota și prezența disfoniei, însă dificultatea în alimentație este mult mai pregnantă decât tulburarea de voce (Burlea, Burlea, Milic, Burlea, Zanfirache, Mereuță, 2011; Malek, 2001).
Papilom	Papilomul reprezintă o tumoare benignă, în general puțin întinsă, localizată pe piele sau pe o mucoasă, caracterizată prin dezvoltarea excesivă a papilelor dermului și poate fi congenitală. Papilomul laringian apare în perioada copilăriei mici, se poate reface chiar și după ce se intervine chirurgical. Tulburarea de voce se caracterizează prin: răgușeală, sunete necontrolate în inspir și expir, plânsul este specific (http://www.epathology.ro).
Laringocel	Laringocelul este definit ca o tumoare, o herniere a mucoasei laringiene. Laringocelul poate fi intern, acesta prezentându-se sub forma unei tumori netede, rotunde care afectează direct corzile vocale și, prin urmare, funcția fonatorie. Laringocelul extern este localizat în regiunea laterală a gâtului, prezentându-se sub forma unei tumori mobile în actul de înghițire, urmând mișcările laringelui. Laringocelul mixt prezintă o comunicare între cele două pungi aeriene (Burlea, Burlea, Milic, Burlea, Zanfirache, Mereuță, 2011, p. 214).

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Sindrom Down	Trisomia 21 este un sindrom asociat cu tulburări rezonatorii ale vocii, din cauza malformațiilor de la nivelul cavității bucale (boltă palatină ogivală, dentiție deficitar inserată, macroglosie, dimensiunea mică a oaselor gâtului) — Rondal, Seron, 1999.
Sac sau ventricul laringian	Malformarea cavității laringiene prin dezvoltarea unui țesut la nivel laringian, țesut care poate obstrucționa respirația sau/și fonația (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Limfangiom	Limfangiomul este o tumoare benignă a vaselor limfatice care debutează în copilărie, localizat, în ordinea frecvenței, la baza gâtului, în mezenter, centura scapulară, membrul superior, inferior, intraosos. Este o malformație congenitală care se poate dezvolta sub formă chistică, cărnoasă sau capilară, cu mare potențial de recidivă postoperatorie. Forma chistică dezvoltată la baza gâtului — higroma — debutează în copilărie ca o formațiune tumorală laterocervicală elastică, nedureroasă, evoluează spre aspecte monstruoase, cu consecințe asupra structurilor anatomice din regiune pe care le dislocă și pe care le poate comprima (Ghidirim, Găgăuz, Mișin, Condrațchi, 2007).
Hemangiom subglotic ectopic al glandei tiroide	Reprezintă o malformație vasculară, o dilatare a vaselor capilare. Buzele, limba și mucoasa bucală sunt cele mai comune sedii ale hemangioamelor manifeste. Afectarea buzelor determină o deformare cu consecințe estetice, dar conduce și la tulburări de limbaj, de înghițire. Afectarea limbii poate conduce la tulburări de tip dizartric, disfagic, dar și la tulburări de respirație și voce (Popescu, 2007). Ectopic înseamnă care se dezvoltă în afara tiroidei (în cazul acesta) — Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000.
Inflamații	
Laringită	Laringita este produsă de inflamația, iritarea sau folosirea excesivă a corzilor vocale. Laringita acută este o formă infecțioasă frecvent însoțită de dureri de gât și tuse; răgușeala poate fi urmată de pierderea vocii. Laringita atrofică este cronică, aceasta nu este rezultatul unui proces inflamator, ci apare din cauza atrofierii glandelor membranei mucoase, ceea ce conduce la diminuarea secrețiilor și formarea unei cruste, cu implicații grave în planul fonației (Burlea, Burlea, Milic, Burlea, Zanfirache, Mereuță, 2011).
Tuberculoză	Boală infecțioasă contagioasă provocată de bacilul Koch. Tulburările de voce apar ca urmare a problemelor respiratorii (Aronson, Bless, 2009).
Laringotracheobronșită fungică	Inflamarea cavității laringiene, faringiene și a bronhiilor; infecții virale situate la nivelul căilor respiratorii (Aronson, Bless, 2009).
Epiglotită	Inflamarea epiglotei conduce la o serie de tulburări de voce: răgușeală, voce gravă, cavernoasă etc. (Burlea, Burlea, Milic, Burlea, Zanfirache, Mereuță, 2011).

Histoplasmoză	Histoplasmoza apare ca urmare a infectării pulmonare aerogene cu un fung, **histoplasma capsulatum**. Simptomatologia în contextul histoplasmozei include: febră, tuse accentuată, dureri toracice intense în momentul inspirului, dispnee (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Tusea convulsivă	Tusea convulsivă este o infecție acută a căilor respiratorii, foarte contagioasă, cauzată de Bordetella pertussis. Se caracterizează prin accese paroxistice de tuse spastică (http://www.cdc.gov/pertussis/). Afecțiunea este denumită popular „tuse măgărească" datorită inspirului șuierător de la sfârșitul accesului de tuse, în stadiul paroxistic al bolii, zgomot care a fost asemănat cu zgomotele emise de măgar.
Febră tifoidă	Boală infecțioasă caracterizată prin tuse, febră, hipersecreție salivară, mucoase uscate, congestia faringelui și alte afecțiuni digestive, respiratorii, cardiovasculare și nervoase (Aronson, Bless, 2009).
Infecția cu streptococ	Infecția cu streptococ (Streptococ Beta Hemolitic și Streptococ Pneumoniae) poate conduce la tulburări de voce, răgușeală, disfonie (Aronson, Bless, 2009).
Infecția cu stafilococ	Infecțiile cu stafilococi sunt localizate la nivelul pielii sau pe mucoasa nazală, chiar la persoane sănătoase. În anumite condiții, infecția cu stafilococ poate deveni problematică. Dintre tipurile de infecții cu stafilococ care interesează tulburările de voce putem aminti: epiglotita streptococică, pneumonia stafilococică, septicemia stafilococică etc. În toate aceste situații tulburările fonatorii sunt consecința tulburărilor respiratorii (Aronson, Bless, 2009).
Blastomicoză	Blastomicoza este o infecție cauzată de inhalarea sporilor produși de fungul **Blastomyces dermatitidis**. Sporii se fixează la nivelul plămânilor și cauzează o inflamație locală — cunoscută sub denumirea de blastomicoză pulmonară primară. Infecția poate fi limitată la regiunea pulmonară sau poate implica și pielea și oasele. În forma cea mai severă se poate răspândi în organism, implicând multe sisteme organice (Aronson, Bless, 2009).
Reflux esofagian	Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) apare când cantitatea de conținut gastric care refulează în esofag este peste limitele normale, determinând apariția simptomelor, asociate sau nu cu leziuni esofagiene (de exemplu, esofagita). Aceasta este consecința depășirii mecanismelor normale antireflux. Simptomatologia: senzația de arsură retrosternală, regurgitația, disfagia, deglutiția dureroasă, răgușeala, laringită, faringită, senzația de nod în gât. Koufman, Wiener, Wallaceu, Castell (1988) au evidențiat că 65,6% dintre cei cuprinși în lotul experimental care prezentau reflux esofagian manifestau și tulburări de voce (Sataloff, Hawkshaw, Gupta, 2010).
Tulburări metabolice	
Hipotiroidism	Funcționarea redusă a glandei tiroide — tulburarea de voce este un simptom secundar care se manifestă sub forma disfoniei (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).

Scanned with OKEN Scanner

Hipertiroidism	Funcționarea în exces a glandei tiroide — în această patologie gâtul poate fi inflamat, apare senzația dureroasă la înghițire și, în mod implicit, o serie de tulburări de voce (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Hiperpituitarism	Acesta este cauzat de prezența unei tumori la nivelul glandei pituitare, responsabilă de creșterea oaselor. Astfel, se ajunge la acromegalie (creșterea în exces a oaselor și cartilajelor). În acest fel cartilajul laringian și corzile vocale se alungesc, consecința în planul calității vocii fiind frecvențele joase ale fundamentalei vocii. Tulburarea de voce se asociază în aceste cazuri și cu o serie de tulburări articulatorii, din cauza malformării oaselor cavității bucale (prognatism) și a limbii (macroglosie) — Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000.
Virilism	Acesta se referă la dobândirea de către persoanele de gen feminin a unor caractere secundare masculine, din cauza secreției în exces a hormonilor masculini (androgeni). Printre aceste caractere masculine poate fi menționată și tulburarea de voce specifică, anume emiterea vocii într-o tonalitate gravă (Aronson, Bless, 2009).
Amiloidoză	Amiloidoza presupune depunerea unei substanțe proteice în țesutul interstițial (extracelular). Aceasta este o maladie rară care se poate asocia cu tulburări respiratorii și de voce (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Proteinoză lipidică	Este o boală genetică rară care presupune acumularea unei substanțe hialine la nivelul epidermului și mucoaselor, din cauza alterării consumului lipidic și glucidic periferic. Această afecțiune presupune afectări ale mucoasei cavității bucale, faringiene și laringiene, cu consecințe în planul vocii (se îngroașă corzile vocale) — Gallena, 2007.
Granulomatoza Wegener	Este o boală rară care presupune inflamarea și necrozarea pereților vaselor care irigă aparatul respirator. Tulburările de voce sunt consecințe ale acestei afectări (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000, Popescu, Borangiu, Isac, Posea, Ionescu, 2011).
Artrită reumatoidă	Artrita reumatoidă presupune afectarea articulațiilor corpului, inclusiv a articulațiilor aparatului fonoarticulator (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Neoplasm benign	
Papilomatoza laringiană	Papilomatoza laringiană este o boală produsă de virusul uman papiloma (HPV). Aceste tumori benigne cu aspect de negi (papiloame) cresc pe corzile vocale, laringe sau în tractul respirator, producând tulburări de vorbire, respirație și înghițire. Majoritatea papiloamelor laringiene afectează copiii mici, de obicei înainte de vârsta de 3 ani (http://www.pathologyatlas.ro).
Condromul	Tumoare (aglomerări de celule) benignă a țesutului cartilaginos, afectează oasele mici, inclusiv oasele aparatului fonoarticulator. (http://www.pathologyatlas.ro/condromul.php).

Scanned with OKEN Scanner

Fibrom	Tumoare benignă care poate fi localizată atât la nivelul cavității bucale, cât și la nivelul cavității laringiene (http://www.pathologyatlas.ro).
Chist	Chistul este o formațiune saculară, de tip pungă, delimitat la exterior de un perete celular, în care se găsește lichid, gaz sau substanțe semisolide (dar nu secreție purulentă). Colecțiile purulente se numesc abcese. Chistul laringian se dezvoltă la nivelul corzilor vocale și presupune o serie de tulburări de voce: disfonie (răgușeală) și diplofonie (corzile vocale produc mai multe tonuri în același timp) — http://www.pathologyatlas.ro.
Neoplasm malign	
Carcinomul scuamocelular	Tumoare epitelială malignă localizată la nivelul celulelor din piele și la nivelul mucoaselor (bucale, faringiene, laringiene) — http://www.pathologyatlas.ro.
Adenocarcinom	Tumoare epitelială malignă situată la nivelul epiteliului glandular, cu implicații asupra vorbirii și fonației (http://www.pathologyatlas.ro).
Fibrosarcom	Tumoare conjunctivă malignă (sarcom — din grecescul sarkoma — carne, tumoare are aspect macroscopic cărnos) — http://www.pathologyatlas.ro.
Limfom	Cancer localizat la nivelul sistemului circulator limfatic. Printre simptomele limfomului se numără și tulburările de respirație datorită faptului că ganglionii limfatici care sunt cel mai frecvent reacționați, ca semn de boală limfocitară, sunt cei situați la nivelul gâtului — http://www.pathologyatlas.ro.
Neurofibromatoză	Neurofibromatoza este o boală genetică (presupune afectarea cromozomului 17 sau 22) care interferează cu creșterea celulelor sistemul nervos prin apariția unor tumori la nivelul acestora. Tumorile sunt deseori necanceroase și boala nu este gravă, însă efectele neurofibromatozei pot varia de la pierderea auzului și dificultăți de învățare la complicații cardiovasculare și chiar cancer (http://www.pathologyatlas.ro).
Melanom malign	Tumoare formată la nivelul celulelor capabile să producă melanina (cancer de piele). Tulburarea de voce este o consecință indirectă a acestei afecțiuni (http://www.pathologyatlas.ro).
Neurolemmoma	Tumoare localizată la nivelul învelișului fibrei nervoase, cu posibile implicații și asupra funcționalității aparatului fonoarticulator și a analizatorului verboauditiv (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Tulburări neurologice	Tulburările de voce cu substrat neurologic sunt parte a tabloului mai mare al tulburărilor dizartrice. Aceste tulburări sunt denumite în funcție de localizarea leziunii.
Tulburarea spastică	Afectarea bilaterală a neuronului motor central (tulburare pseudobulbară) conduce la următoarele tulburări de voce: voce aspră, gravă, spasmotică (Duffy, 2005).
Tulburarea motorie mixtă (flască-spastică)	Afectarea atât a neuronului central motor, cât și a neuronului periferic (Duffy, 2005).

Scanned with OKEN Scanner

Disfonia flască	Este datorată afectării nervului X (vag), la nivelul ramurilor faringiene și laringiene. Caracteristicile perceptibile ale acestei tulburări sunt: **fonație** slabă, simptomele de voce obosită se accentuează sub influența factorilor stresori și a efortului susținut; **articularea** este bună la început, dificultățile articulatorii fiind evidente în condiții de stres și efort susținut; **rezonanța** vocii este corectă la început, iar în urma efortului susținut se poate nota prezența rezonanței nazale (Duffy, 2005).
Afectarea ganglionilor bazali	Acest tip de afectare este specifică în tulburarea neurodegenerativă de tip Parkinson. Sistemul ganglionilor bazali prezintă conexiuni atât corticale, cât și subcorticale. Ganglionii bazali în calitate de formațiune a sistemului extrapiramidal coordonează impulsurile spre neuronul motor periferic. Astfel, afectarea acestei zone are consecințe în planul motor, putând fi evidențiată hipotonia musculară și rigiditatea musculară. Tulburările de voce specifice acestei tulburări sunt: voce tremurată, răgușită, gravă, slabă (scade intensitatea vocii), rigiditate și tensiune fonatorie, din cauza rigidității musculare laringiene (Duffy, 2005).
Tulburarea motorie ataxică	Leziunea apare la nivelul cerebelului, cu consecințe în planul coordonării mișcărilor, la nivelul aparatului fonoarticulator. În contextul acestei patologii vocea are o intensitate scăzută, monotonă, accentuarea silabelor este nediferențiată, coordonare imprecisă cu accentuări și coborâri bruște ale înălțimii vocii, tremur fonator, voce gravă, cavernoasă (Duffy, 2005).
Tulburarea hiperkinetică de tip coreic	Această tulburare se caracterizează prin alterări bruște ale înălțimii, calității și intensității vocii, din cauza mișcărilor necontrolate ale musculaturii, prin pauze vocale necontrolate (Guțu, 1976).
Sindromul Gilles de la Tourette	Sindromul a fost descris în anul 1985 de cel care i-a și dat numele. Cei nouă partcipanți la studiul derulat s-au remarcat prin prezența a o serie de ticuri și verbalizări involuntare, coprolalie și ecolalie. Ticurile verbale cuprind: tușit involuntar, curățarea involuntară a gâtului, emitere de sunete guturale, reproducere a diferitelor onomatopee. Aceste tulburări sunt cauzate de leziuni cerebrale, dar presupun și o serie de particularități în structurarea personalității (Kurlan, 2010).
Mutism akinetic	Mutismul akinetic presupune faptul că pacientul este în totalitate inert, singurele mișcări pe care le poate face sunt cele oculare, chiar dacă într-o primă fază a recuperării urmărirea cu ochii nu este conștientă și organizată. Mutismul akinetic se datorează unor leziuni cerebrale severe, leziuni des întâlnite în contextul bolilor neurodegenerative de tip Alzheimer, Pick etc. Perioada de mutism akinetic se poate extinde până la câteva luni (Duffy, 2005).

Scanned with OKEN Scanner

Lezarea trunchiului cerebral	Trunchiul cerebral se află poziționat între diencefal și măduva spinării. Acesta este compus din bulb, punte și mezencefal. Lezarea trunchiului cerebral are drept consecințe: diferite forme de pareze, la nivelul feței, gâtului, la nivelul musculaturii strenocleidomastoidiene, a limbii. De asemenea, pot apărea: nistagmusul patologic, precum și mioclonii laringo-faringo-velo-palatine. Lezarea trunchiului cerebral conduce la apariția tremurului organic al vocii (Duffy, 2005).
Apraxia fonatorie	Această tulburare constă în imposibilitatea de a produce voce în mod voluntar, deși la o analiză a apartului fonator nu se pot constata tulburări organice periferice. În contextul apraxiei fonatorii înghițitul este posibil, nu și fonația (Aronson, Bless, 2009).
Tulburarea afazică	În cadrul acestei tulburări s-a pus în evidență și o categorie distinctă de tulburări afazice care se caracterizează prin afectarea zonei cerebrale frontale, cu tulburări motorii severe de limbaj, tulburări care în scurt timp sunt depășite, în schimb vorbirea persoanei, deși este fluentă, este puternic diferită de vorbirea anterioară a acesteia din cauza componentei suprasegmentale — accentului. În acest tip de categorie afazică persoana își redobândește abilitățile articulatorii anterioare episodului traumatic, în schimb vorbirea acesteia este caracterizată prin prezența unui accent străin (accent cu care nu este familiar din experiențele sale lingvistice anterioare) — Anca, 2005.
Traume	Pot fi enumerate mai multe tipuri de traume (Aronson, Bless, 2009): 1. Traume care conduc la rănirea laringelui, compresie asupra laringelui. 2. Traume penetrante de tipul inciziilor. 3. Lovirea gâtului de fire — edemul, rana, fractura, paralizia pot fi consecințele acestui tip de traumă. 4. Traume ca urmare a intubării endotraheale.
Ulcer de contact	Ulcerul de contact este o afecțiune localizată la nivelul corzilor vocale și este consecința unei puternice presiuni exercitate la nivelul acestora. Suprasolicitarea vocală, aspect întâlnit în cazul cântăreților, poate conduce la ulcer de contact. S-au întâlnit și cazuri în care ulcerul de contact este cauzat de refluxul esofagian. În planul vocii pot fi delimitate următoarele tulburări: vocea obosită, răgușeala cronică, durere la nivelul gâtului (Sataloff, Hawkshaw, Gupta, 2010).
Noduli vocali	Nodulii vocali sunt formațiuni de țesut care se dezvoltă la nivelul zonei mediane a corzilor vocale, aproape simetric. Aceste formațiuni nu sunt maligne și nici nu sunt formațiuni precanceroase, ele fiind cauzate de traumatisme vocale. Nodulii vocali sunt frecvent întâlniți la femei și la adolescenți, rareori la bărbați. Cântăreții prezintă frecvent noduli vocali, din cauza efortului vocal și a traumelor vocale. Vocea răgușită, fără prezența senzației dureroase, este simptomul prezenței nodulilor vocali. Simptomele tulburării de voce se accentuează în condițiile în care la nivelul corzilor vocale a fost pusă în evidență prezența nodulilor vocali, dacă este frig. Terapia nodulilor vocali include terapie logopedică, chirurgicală, dar mai ales repaus vocal (Gallena, 2007; Mureșan, Chirilă, 2010).

Scanned with OKEN Scanner

Polipi vocali	Polipii vocali sunt tot formațiuni de țesut care se dezvoltă la nivelul corzilor vocale din cauza fonotraumelor. Polipii vocali sunt considerați formațiuni care apar ca urmare a distrugerii unor mici vase de sânge de la nivelul corzilor vocale. Răgușeala nedureroasă este caracteristică și polipilor vocali (Gallena, 2007; Mureșan, Chirilă, 2010).
Granulom postintubare	Este o tulburare care apare în urma intubării endotraheale, cu scopul practicării anesteziei generale. Recidiva în urma extirpării este foarte crescută, cu consecințe asupra calității vocii. În general granulomul postintubare se reabsoarbe într-un anumit interval de timp (până la 8/14 săptămâni după intubare) — Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000.
Arsuri ale mucoaselor	Arsurile pot fi fizice sau chimice, acestea putând fi însoțite de edeme, ulcerații, stenoze. În condițiile în care are loc afectarea mucoaselor din cauza unei arsuri apare durerea; astfel că se recomandă repausul vocal și administrarea de analgezice în perioada de convalescență (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Sulcus Vocalis	Fisura corzilor vocale se soldează cu consecințe semnificative în planul fonației. Astfel, vocea este slabă, răgușită, apar oboseala vocală și nevoia de a depune un efort mare pentru a putea produce voce (Năstase, Năstase, Năstase, Bejenari, 2000).
Disfonia relaționată cu înaintarea în vârstă	Înaintarea în vârstă conduce la atrofierea musculaturii laringiene, precum și la subțierea țesuturilor de la nivelul mucoasei laringiene și de la nivelul corzilor vocale. Modificărilor de natură organică, fiziologică, li se pot asocia și cauze psihogene, asociate cu înaintarea în vârstă. Astfel, vocea rezultată este cavernoasă, joasă, gravă (Mureșan, Chirilă, 2015).

Cauzele funcționale sau cauzele nonorganice sunt rezultatul funcționării defectuoase a organelor aparatului fonoarticulator. Deficitul funcțional poate fi la rândul lui delimitat în deficit de natură psihologică sau deficit rezultat în urma suprasolicitării vocale (Šepić, T., Pankas, Grubešić, Tićac, Starčević, 2011; Aronson, Bless, 2009). Tulburările psihogene sunt considerate acelea care se caracterizează prin pierderea controlului voluntar asupra musculaturii implicate în actul fonator, precum şi a actului fonator în general, ca urmare a unor factori stresori contextuali (de mediu), intra- sau interpersonali (Aronson, Bless, 2009). Pentru ca tulburarea de voce să fie considerată de factură psihogenă sunt excluse cauzele organice, iar tulburarea trebuie să fie una semnificativă (afectarea vocii trebuie să fie semnificativă).

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 26. Cauze funcționale/psihogene ale tulburărilor de voce (adaptat după Aronson, Bless, 2009).

Tulburări psihogene	Explicitarea tulburării
Afonia isterică (de conversie)	Se caracterizează prin tendința de a emite voce în șoaptă, în ciuda faptului că nu pot fi identificate tulburări laringiene organice. Pot să apară situații în care vocea șoptită să aibă și cauze organice. Prezența acestei tulburări este specifică genului feminin (dintre cazurile diagnosticate cu afonie de conversie, 80% sunt persoane de gen feminin). În asemenea cazuri se recomandă și intervenția psihoterapeutică (Aronson, Bless, 2009).
Disfonia isterică (de conversie)	Se caracterizează printr-o voce impredictibilă, variabilă din punctul de vedere al calității acesteia, al înălțimii și intensității. Disfonia de conversie este asociată cu tulburarea anxioasă și cu firea introvertă (Roy, Bless, 2000).
Puberfonia	Perioada de schimbare a vocii marchează trecerea de la vorbirea de copil (emisă pe frecvențe înalte) la vorbirea de adult (emisă pe frecvențe mai joase). Prezența puberfoniei evidențiază această lipsă a schimbării vocii. Puberfonia se caracterizează printr-o voce slabă, monotonă, răgușită (Gallena, 2007).
Mutismul isteric (de conversie)	Este cea mai serioasă tulburare de voce de natură psihogenă. Aceasta se caracterizează prin lipsa oricărei încercări din partea pacientului de a articula sunete sau de a emite voce. De asemenea, poate să apară și o fonație foarte slabă ca urmare a depresiei, a unei traume, a unui factor stresor puternic, a unui conflict intrapsihic (Aronson, Bless, 2009).

4. Tipuri de tulburări de voce

Tulburările vocii cuprind distorsiunile spectrului sonor referitoare la intensitatea, înălțimea, timbrul şi rezonanța sunetului.

Principalele forme ale tulburării de voce (Anca, 2005):

1. afonia;
2. disfonia;
3. fonastenia.

Afonia este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute şi cronice ale laringelui, cum sunt parezele muşchilor

Scanned with OKEN Scanner

sau procese inflamatorii. Vocea, în astfel de situații, dacă nu dispare complet, se produce numai în şoaptă, din cauza lipsei de vibrații de la nivelul corzilor vocale. Inițial, simptomatologia tabloului de afonie se materializează printr-o voce răguşită, prin scăderea în intensitate a producțiilor verbale, prin emiterea în şoaptă a vocii, iar în final vocea ajunge să dispară complet.

Disfonia reprezintă afectarea parțială a vocii. Ea apare în urma tulburărilor mușchilor laringelui, ale corzilor vocale şi în urma anomaliilor constituite prin noduli vocali şi polipi. În această situație vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, asemănătoare producției vocale din tuse, scăzută în intensitate, cu timbru inegal. De asemenea, disfonia se poate caracteriza printr-o răguşeală permanentă sau temporară, prin modificarea tonului vocii, prin reducerea capacității de a emite voce pe frecvențe înalte, prin reducerea timpului de fonație. Primele simptome ale tulburărilor de voce pot fi: senzația de gâdilat în gât, senzația de iritare, de uscăciune şi senzația de îngustare a căilor tractului fonoarticulator.

Fonastenia este o tulburare funcțională a vocii, gradul de severitate al acesteia variind de la o disfonie neînsemnată până la afonie. Ea se caracterizează prin scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, tremurul şi oboseala rapidă a vocii. Este determinată de folosirea incorectă şi abuzivă a vocii şi de laringite.

The National Center for Voice and Speech — NCVS (2015) detaliază următoarele subtipuri de tulburări de voce, indicând şi mecanismul fonator deficitar:

- bifonie (voce bitonală, cauzată de apariția a două surse de producere a vibrației fonatorii; fie apare vibrație şi la nivelul corzilor vocale false, fie apare vibrație ca urmare a fluxului de aer expirator, negestionat corespunzător);
- vocea „acoperită" (sunetele sunt acoperite de zgomote, buzele pot fi rotunjite sau proeminate, laringele poate fi coborât, ceea ce conduce la apariția unei voci materializate pe frecvențe foarte grave);

Scanned with OKEN Scanner

- vocea „respirată" (este o voce stinsă, în care apare vocea doar în mod aparent, de fapt zgomotul produs se materializează la nivel glotal ca urmare a faptului că musculatura laringiană şi-a pierdut tonusul muscular);
- vocea „scârțâită" (aceasta presupune o angrenare complexă a corzilor vocale în mod deficitar, ceea ce conduce la materializarea unei voci stridente, rezultat al unei acțiuni de frecare);
- vocea „pulsatilă" (aceasta se datorează reducerii energiei vibratorii de la nivelul corzilor vocale);
- vocea „comprimată/tensionată" (vocea dură, adesea stridentă, aceasta rezultând ca urmare a compresiei de la nivelul glotei, al reducerii fluxului de aer expirator şi a compresiei de la nivelul corzilor vocale)
- vocea „bruiată" (vocea este neclară, imprecisă, fundamentala vocii variază de-a lungul actului fonator);
- vocea înaltă (vocea țiuită, presupune înălțarea vocii, ceea ce înseamnă că formanții 3 şi 4 sunt nediferențiați şi se materializează între 2 500 şi 3 000 Hz);
- vocea nazală (aceasta rezultă ca urmare a trecerii undei de aer expirator şi prin cavitatea nazală);
- vocea „aspră" (sunetul rezultat este dur, grav, ca urmare a combinației dintre apariția zgomotelor glotale şi vibrarea neregulată a corzilor vocale, atacul glotal este dur, cu o presiune intensă la nivelul corzilor vocale);
- vocea „lină/prelungită" (este o voce stinsă, rezultat al variațiilor episodice ale amplitudinii);
- vocea alterată în cânt/disodiile (pe parcursul cântatului apar episoade cu voce stinsă, ceea ce demonstrează pierderea energiei vibratorii);
- vocea „ventriculară" (este un tip de voce foarte gravă şi dură, aceasta apărând ca urmare a faptului că vibrațiile au loc la nivelul corzilor vocale false. Această tulburare debutează, de obicei, pe fondul traumelor de la nivelul corzilor vocale principale.);

Scanned with OKEN Scanner

- vocea „încordată" (rezultată din hiperfuncția laringiană, a musculaturii gâtului, apare pe fondul tulburărilor neurologice);
- vocea „stinsă" (este o voce slabă, laringele este coborât, în timp ce faringele este larg deschis);
- vocea „suflată" (rezultă prin pierderea excesivă a aerului în timpul actului fonator, corzile vocale sunt împiedicate să se apropie complet, ceea ce face ca vibrațiile să fie stinse. Poate să apară pe fondul paraliziei de corzi vocale sau al altor traume de la nivelul corzilor vocale. De asemenea, poate să aibă și cauze psihogene; în tablourile isterice sunt frecvent întâlnite astfel de tulburări de voce, Mureşan, Chirilă, 2015).
- vocea „glotală" (abducția și adducția corzilor vocale este forțată, ceea ce conduce la materializarea unei voci metalice, guturale);
- vocea „tremurată" (amplitudinea și frecvența modulațiilor vocii variază, ceea ce conferă instabilitate fonatorie, tulburarea putând să apară și pe fondul afecțiunilor neurologice);
- vocea „discordantă" (este o voce imprecisă, apare ca urmare a trecerii dintr-un registru înalt într-un registru grav, în mod necorespunzător, spontan. Trecerile pot fi multiple, ceea ce face ca vocea să fie imposibil de controlat, Mureşan, Chirilă, 2015);
- diplofonie (tonul vocii este secondat de un ton suplimentar materializat cu o octavă mai jos, vocea este rigidă, apare pe fondul paraliziei de corzi vocale);
- vocea „răguşită" (aceasta este o combinație între vocea aspră și vocea suflată. Răguşeala este primul simptom invocat adesea în patologiile vocii. Vocea răguşită este materializată din cauza traumelor de la nivelul corzilor vocale, traume care împiedică apropierea corectă a acestora, iar acest mecanism deficitar se încearcă să fie compensat prin creşterea presiunii la nivelul cavității larigiene, Mureşan, Chirilă, 2015);
- afonie (această tulburare de voce presupune imposibilitatea apariției vibrațiilor de la nivelul corzilor vocale, fie din cauza lipsei de presiune a aerului expirator, fie din cauza tulburării musculaturii laringelui).

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Analizând toate aceste subtipuri de tulburări de voce se poate observa o varietate terminologică crescută prin care se desemnează o realitate ce poate fi rezumată în trei mari subcategorii:

- tulburări de voce cauzate de un suflu expirator deficitar coordonat și dozat (în aceste tablouri tulburările respiratorii sunt cauza principală);
- tulburări de voce cauzate de un mecanism laringian și glotal disfuncțional (în aceste tablouri traumele, parezele, disfuncțiile de la nivelul laringelui și al corzilor vocale sunt principalele cauze care pot conduce la apariția acestor tablouri patologice);
- tulburări de voce cauzate de trecerea undei de aer expirator și prin cavitatea nazală (în aceste tablouri asocierea tractului oral cu cel nazal conduce la apariția rinofoniilor, cauza pentru această disfuncție este fie de natură organică, fie de natură fucțională și poate fi localizată fie la nivelul vălului palatin, fie la nivelul palatului dur).

Mureşan şi Chirilă (2010, 2015) subliniază câteva aspecte prin care se poate circumscrie tabloul patologic vocal:

- oboseala vocală (calitatea vocii fluctuează în raport cu utilizarea vocii pe parcursul zilei. Profesioniştii vocali se confruntă frecvent cu oboseala vocală, care se resimte ca fiind foarte gravă şi care le provoacă o anxietate semnificativă. De exemplu, un cântăreț vocal, care ştie că manifestă oboseală vocală după primele piese, trăieşte dramatic întreaga situație, ajungând chiar în imposibilitatea de a susține concerte. Oboseala vocală apare şi din cauza abuzurilor vocale şi a unei igiene vocale necorespunzătoare);
- prezența episoadelor de răguşeală frecventă (apar frecvente episoade de răguşeală, aceste episoade putându-se uneori finaliza chiar cu afonii);
- tulburările de volum (în cazul cadrelor didactice care obişnuiesc să susțină activități în săli mari/amfiteatre, din cauza suprasolicitării cavității laringiene, a musculaturii laringiene, apare

Scanned with OKEN Scanner

imposibilitatea susținerii vocii la o intensitate crescută. Igiena vocală deficitară și suprasolicitarea pot să faciliteze instalarea episoadelor de afonie, ca o complicație a tulburărilor de volum);
- timpul crescut de „încălzire" a vocii (până când vocea se stabilizează, mai ales dimineața, după momentul de trezire, fluctuația intensității și proprietăților vocii este crescută. Timpul crescut de încălzire a vocii este asociat cu laringita de reflux gastroesofagian. Pentru cântăreți, perioada de încălzire a vocii nu trebuie să fie mai extinsă de 10–20 de minute);
- episoadele frecvente de curățare a gâtului, raclajul frecvent laringian (apar frecvente episoade de curățare a gâtului. Raclajul gâtului este unul contraindicat, acesta implicând o creștere semnificativă a tensiunii la nivelul corzilor vocale, cu posibilitatea de a accentua traumele vocale prin mutarea mucusului curățat dintr-o zonă a corzilor vocale în altă zonă, ceea ce deschide un cerc vicios, în care raclajul apare ca o necesitate constantă. În timpul episoadelor de curățare a gâtului pot să apară secvențe de tuse și înecare);
- frecvente episoade în care persoana acuză durere, iritare, uscăciune, senzație de arsură la nivelul gâtului (toate acestea indică afectarea de la nivelul aparatului vocal).

5. Direcții de evaluare a tulburărilor de voce. Instrumentar utilizat

5.1. Probe

Principalele instrumente și modalități utilizate în diagnosticarea tulburărilor de voce, atât la copil, cât și la adult, instrumente utilizate de terapeutul limbajului și terapeutul vocal, vor fi prezentate în contiuare.

Se calculează „Timpul maxim de fonație (TMF)". Acesta reprezintă timpul în care o emisie vocală poate fi susținută pe o singură

Scanned with OKEN Scanner

expirație fonatorie, după o inspirație maximă. Limita inferioară de la care se consideră TMF patologic este de 15 secunde pentru bărbați şi 10 secunde pentru femei (Mureşan, 2010).

Testul S/Z este introdus de Eckel şi Boone (1981), iar acesta constă în compararea timpului maxim de expirație pe o consoană fricativă surdă „S", cu timpul maxim de fonație pe o consoană fricativă sonoră corespunzătoare „Z". Studiul condus de cei doi a vizat un număr de 86 de vorbitori fără tulburări fonatorii, 26 de vorbitori cu disfonie funcțională dată de o patologie laringiană (polipi şi noduli vocali) şi 36 de vorbitori cu disfonie funcțională, dar fără patologie laringiană.

Cei doi cercetători au identificat faptul că între cele trei loturi de participanți la cercetare nu au fost identificate diferențe semnificative în raport cu pronunția consoanei „S", în schimb au fost identificate diferențe puternic semnificative în raport cu pronunția consoanei „Z". În aceste condiții, s-a stabilit că raportul dintre pronunția lui S/Z are valoare normală în jurul lui 1 (valoare întâlnită în studiul menționat şi la persoanele fără tulburări de voce şi la cele cu disfonie, dar fără patologii laringiene). Când apar însă tulburări patologice, această valoare creşte. Eckel şi Boone (1981) menționează că în cazul tuturor participanților la cercetare, unde a putut fi pusă în evidență leziunea laringiană, extinderea masei de țesut glotic, raportul S/Z atinge valori în jurul a 1,4, din cauza faptului că nu se poate realiza ocluzia glotică în mod corespunzător şi creşte presiunea aerului expirator, scăzând durata fonației.

5.2. Scale

Scalele reprezintă alte modalități de evaluare a vocii. Aşa cum s-a subliniat şi anterior, percepția subiectivă a caracteristicilor vocale este foarte importantă în cazul terapiei vocale, aceasta putând furniza informații importante, cu valoare diagnostică şi terapeutică.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre aceste scale menționăm: Scala pentru evaluarea disconfortului de la nivelul tractului vocal (Vocal Tract Disconfort Scale — VTD); Indexul de handicap vocal (Voice Handicap Index — VHI); Indexul de handicap vocal varianta prescurtată, cu 10 itemi (Voice Handicap Index — VHI–10); Indexul pediatric de handicap vocal (Voice Handicap Index — pVHI); Chestionarul pentru performanță vocală (Vocal Performance Questionnaire — VPQ); Indexul pentru handicap verbal (Speech, Handicap Index — SHI), Evaluarea perceptivă a vocii folosind GRBAS, Indexul pentru simptomele de reflux (Reflux Symptom Index — RSI); Indexul pentru evaluarea vocii cântate (The Singing Voice Handicap Index 10 — SVHI–10); Scala de evaluare a vocii (Voice Rating Scale); Chestionarul pentru performanța vocală (Vocal Performance Questionnaire).

5.2.1. Indexul pentru Handicap Vocal (VHI)

Vocal Handicap Index (VHI) a fost elaborat, validat şi etalonat în anul 1997 de Barbara H. Jacobson, Alex Johnson, Cynthia Grywalski, Alice Silbergleit, Gary Jaconsen, Michael S. Benninger, materialul fiind publicat în *American Journal of Speech-Language Pathology*.

Acest instrument este folosit pe o scară largă în literatura de specialitate, este un instrument tradus şi adaptat în multe limbi. În limba română acesta este prezentat in extenso în volumul din 2010 elaborat de Mureşan şi Chirilă.

Autorii indexului, în articolul dedicat elaborării şi validării instrumentului, au menționat faptul că, inițial, acest instrument a fost structurat pe marginea a 85 de itemi, fiind administrat celor 65 de pacienți din clinica unde se tratează tulburările de voce din Spitalul Henry Ford. S-a demonstrat importanța instrumentului, faptul că acesta are o consistență internă crescută, precum şi faptul că poate fi utilizat într-o versiune redusă, versiune testată şi ea din punctul de vedere al indicilor statistici.

Versiunea redusă a indexului este structurată pe baza a 30 de itemi, reuniți pe trei dimensiuni sau subscale: dimensiunea sau

Scanned with OKEN Scanner

subscala fizică (organică, structurală), dimensiunea/subscala emoțională (psihogenă) şi dimensiunea/subscala funcțională. Acest instrument a fost aplicat pe un număr de 63 de pacienți cu tulburări de voce din Clinica Henry Ford, în două etape, etapa de pretest şi etapa de retest. În acest fel, autorii au demonstrat că instrumentul poate fi utilizat cu încredere, având o consistență internă crescută, poate fi utilizat şi în etapa de retest, ceea ce le conferă utilizatorilor posibilitatea înregistrării progresului ca urmare a terapiei vocale administrate. Autorii susțin că o valoare de 18 puncte diferență dintre pretest şi retest indică diferențe semnificative în planul reabilitării abilităților vocale, diferențe focalizate asupra unui demers terapeutic cu implicații pozitive în planul psihofuncțional vocal.

Sub aspect procedural, instrumentul presupune autoevaluarea propriei voci în raport cu diferitele situații de viață. De exemplu, un item de natură funcțională se referă la: „Cât de mult propria voce face persoana greu de înțeles de cei din jur?"; un item de natură fizică se referă la: „În ce măsură emisia vocală este imprevizibilă?"; un item de natură emoțională se referă la: „În ce măsură mă simt incompetent din cauza disfuncțiilor vocale pe care le am, din cauza vocii?"

Pentru fiecare dintre cele trei dimensiuni ale scalei au fost elaborați câte zece itemi, răspunsurile pe care persoana examinată trebuie să le ofere fiind poziționate pe o scală de tip Likert, de la 0 la 4, unde 0 este corespunzător situației în care itemul nu se aplică deloc, 1 pentru situația în care itemul nu se aplică aproape niciodată, 2 pentru situația în care itemul se aplică uneori, 3 pentru situația când itemul se aplică aproape întotdeauna şi 4 pentru situația când itemul se aplică întotdeauna.

Indexul este însoțit şi de posibilitatea de a-ți descrie actul fonator, potrivit calităților din ziua în care se face evaluarea, pe o scală de la 1 la 7, de la calități normale, aspecte patologice uşoare, moderate la aspecte patologice severe.

Scanned with OKEN Scanner

Utilizarea clinică a instrumentului i-a demonstrat eficacitatea, literatura de specialitate delimitând şi un etalon corespunzător patologiilor vocale, în raport cu cele trei niveluri ale indexului. Per ansamblul scalei, valorile patologice se extind în intervalul 33–66 de puncte, de la patologii vocale uşoare la patologii vocale severe.

5.2.2. Indexul pentru Handicap Vocal-10 (VHI-10)

În literatura de specialitate se inventariază o variantă şi mai redusă a indexului de handicap vocal, o variantă care cuprinde doar 10 itemi (VHI-10). Această variantă a fost propusă de Deary, Webb, Mackenzie, Wilson şi Carding în anul 2004, în lucrarea publicată în revista *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. Autorii propun această variantă prescurtată pentru a fi utilizată în condițiile în care fie timpul, fie resursele energetice ale pacientului investigat nu permit derularea unei evaluări extinse temporal. Cei cinci cercetători subliniază faptul că instrumentul acesta are şi el o consistență internă crescută (Alpha Cronbach fiind 0,089), ceea ce înseamnă că instrumentul este unidimensionat, acesta putând fi utilizat în evaluarea patologiilor vocale.

Pentru ca valoarea instrumentului VHI-10 să fie certificată, autorii compară rezultatele obținute cu cele colectate cu ajutorul unei alte scale, anume Chestionarul de performanță vocală (Vocal Performance Questionnaire — VPQ), instrument elaborat de Carding, drept instrument informal utilizat în cadrul Freeman Hospital (UK) (Deary, Webb, Mackenzie, Wilson, Carding, 2004).

VHI-10 este, de asemenea, un instrument frecvent utilizat în literatura de specialitate, în acest sens menționăm utilizarea acestuia de Solomon (2012).

5.2.3. Chestionarul pentru performanță vocală (VPQ)

Spre deosebire de VHI-10, VPQ este constituit din 12 itemi, aceştia măsurând simptomele fizice şi impactul socioeconomic pe care tulburarea de voce îl are asupra persoanei afectate. Pacientul oferă

Scanned with OKEN Scanner

răspunsuri la itemii cuprinşi în scală prin selectarea afirmațiilor care se potrivesc cel mai bine cu situația în care se află. De exemplu: itemul 7 din scală chestionează pacientul cu privire la modul în care îşi autopercepe vocea din punctul de vedere al gradului de inteligibilitate al acesteia pentru cei din jur. La acest item, pacientul este solicitat să indice răspunsul care se potriveşte cel mai bine cu situația în care se află el, având posibilitatea să selecteze dintre următoarele cinci variante. Astfel, pentru itemul „Pentru cei din jur, vocea dumneavoastră ridică dificultăți de înțelegere?" variantele de răspuns sunt:

a. nu, deloc;
b. puține dificultăți;
c. destul de multe dificultăți;
d. foarte multe dificultăți;
e. extrem de multe dificultăți.

Afirmațiile oferite sunt gradate ca severitate, acestora oferindu-li-se puncte de la 1 la 5. Astfel, scorul minim pe care un pacient îl poate înregistra în urma completării acestei scale este 12, în timp ce scorul maxim este 60. Autorul acestui instrument a stabilit o valoare şi mai crescută a consistenței interne pentru VPQ, anume 0,91, măsurată tot cu Alpha Cronbach.

Prin corelarea rezultatelor lotului de participanți la studiul condus de Deary, Webb, Mackenzie, Wilson, Carding (2004), la cele două probe s-au obținut valori foarte crescute de corelație, semnificative la $p < 0{,}001$, ceea ce îndreptăţeşte utilizarea celor două instrumente, mai ales că acestea sunt şi foarte uşor de aplicat. Este de menționat faptul că lotul de participanți a fost compus din 330 de persoane, 108 bărbați şi 222 de femei care acuzau tulburări vocale de tipul răguşelii, disfoniei la primul consult de specialitate, cu vârste cuprinse în intervalul 17–88 de ani. În urma evaluărilor s-a constatat că pacienții prezentau diverse patologii vocale, cele mai frecvente fiind: laringită cronică, disfonie hiperfuncțională, disfonie cauzată de edemul lui Reinke, papiloame, paralizia unilaterală

Scanned with OKEN Scanner

a corzilor vocale, noduli vocali. În acest studiu, cercetătorii nu au inclus persoane diagnosticate cu tumori laringiene.

5.2.4. Indexul pentru Handicap Vocal adaptat în tulburările de voce cauzate de tumorile maligne (VHI)

Pentru pacienții care prezintă tulburări de voce din cauza tumorilor bucale şi faringiene maligne, Rinkel, Verdonck-de Leeuw, Van Reiji, Aaronson, Leemans, în anul 2008, au publicat în *Wiley Periodicals* un articol prin care prezentau un studiu cu rezultatele obținute în urma utilizării unei variante adaptate a VHI pentru această situație patologică.

Instrumentul prezintă acelaşi număr de itemi ca VHI, instructajul care i se oferă pacientului este acelaşi, precum şi modul de cotare şi colectare a datelor. Diferențele sunt date doar de caracteristicile psihosociale relevante pentru bolnavul care prezintă cancer şi tulburări de voce. În acest sens, putem menționa itemul 7 care priveşte „evitarea utilizării telefonului ca urmare a tulburării de voce", în VHI adaptat pentru situația în care sunt prezente tulburări maligne, itemul apare în VHI, varianta clasică, sub forma: „Am tendința să utilizez mai puțin telefonul din cauza tulburării mele de voce".

Analizând cele două instrumente, VHI şi Speech Handicap Index (SHI), considerăm că acestea nu prezintă diferențe majore, studiul din 2008 fiind extrem de important în vederea certificării utilizării instrumentului şi în cazul persoanelor care prezintă tulburări de voce cauzate de tumori maligne localizate la nivelul cavității bucale şi faringiene.

Autorii studiului au arătat că investigarea tulburărilor de voce cu ajutorul SHI poate diferenția între cazuri, oferind indicii asupra extinderii tumorii. În acest sens, aceştia au arătat că diferențele de 6 puncte între scorurile globale ale pacienților indică un alt nivel de dezvoltare al tumorii, un nivel accentuat. Studiul a fost condus pe un lot de 104 participanți, cu vârsta medie de 62,3 ani (intervalul

Scanned with OKEN Scanner

de vârstă acoperit fiind 36–90 de ani), dintre care 60% au fost bărbați. Dintre aceştia, 23 prezentau tumori la nivelul corpului limbii, 9 la nivelul rădăcinii limbii, 20 la nivelul planşeului bucal, 50 prezentau tumori orofaringiene, în timp ce 2 au fost diagnosticați cu tumori la baza faringelui.

Importanța studiului este cu atât mai crescută cu cât acesta atrage atenția asupra nevoii de a aborda problemele de voce şi vorbire în contextul tumorilor maligne, acestea fiind deopotrivă importante alături de tulburările de înghițire, surprinzând faptul că tulburările majore de voce se relaționează cu tumori extinse asupra cărora s-a intervenit chirurgical. În cazul tumorilor extinse asupra cărora s-a intervenit doar prin radioterapie nu au fost obținute scoruri la fel de ridicate cu privire la gravitatea tulburărilor de voce.

Autorii au certificat utilizarea probei prin compararea rezultatelor obținute la proba SHI cu rezultate obținute în urma aplicării probelor Quality of Life Questionnaire-Head and Neck module (Chestionarul pentru calitatea vieții — modulul pentru cap şi gât; QLQ-H and N35), chestionar elaborat şi utilizat de Organizația Europeană pentru Cercetare şi Tratament în domeniul Cancerului (The European Organization for Research and Treatment of Cancer — EORTC); precum şi prin utilizarea unui lot de control de participanți la studiu (111 participanți sănătoşi, cu o vârstă medie de 56 de ani).

5.2.5. Indexul Pediatric pentru Handicap Vocal (pVHI)

VHI a fost adaptat pentru a putea fi utilizat şi în condițiile în care se face evaluarea unui copil. Echipa care a realizat adaptarea este constituită din Zur, Cotton, Kelchner, Baker, Weinrich şi Lee, aceasta publicând în anul 2007 studiul prin care certifică utilizarea noului instrument pentru investigarea tulburărilor de voce la copil.

Cei şase cercetători au utilizat drept instrument de referință VHI pentru adulți, au schimbat formularea itemilor în aşa fel încât aceştia se adresau acum părinților sau tutorilor legali ai copiilor şi

Scanned with OKEN Scanner

au eliminat itemii care nu se refereau la copii; astfel că a rezultat o variantă de 23 de itemi. Varianta adaptată a fost administrată în paralel cu 10 întrebări cu răspuns deschis prin care s-a evaluat în mod global impactul calității vocii copilului asupra abilităților de comunicare, asupra dezvoltării, educației, mediului social şi familial. Un exemplu de astfel de întrebare este: „Vă rugăm să descrieți vocea copilului dumneavoastră".

Studiul de validare a fost condus pe o populație de 45 de părinți care aveau copii fără tulburări de voce (aceştia oferind date normative) şi pe o populație de 33 de părinți care aveau copii cu tulburări de voce. În studiu nu au fost incluşi părinți cu copii de vârstă mai mică de 3 ani şi părinți cu copii cu tulburări grave de voce (copii care nu aveau voce funcțională din cauze precum: stenoză gravă laringotraheală, tulburări neurologice, pulmonare şi sistemice care pot afecta major vocea).

Primul lot de participanți se referea la copiii cu vârsta cuprinsă în intervalul 3–12 ani, iar al doilea lot la copii cu vârsta cuprinsă în intervalul 4–21 de ani, toți prezentând tulburări de voce cauzate de stenoză postintubare, internați în spitalul de copii din Cincinnati.

Rezultatele au permis calcularea unei consistențe interne crescute a testului pediatric (pVHI), evidențiind posibilitatea de utilizare a acestuia atât în etapa de test, cât şi în etapa de retest. Rezultatele obținute de cercetători au fost comparate cu cele obținute de autorii VHI pentru adulți, ceea ce îndreptățeşte utilizarea acestei scale, cu adaptările indicate, în cazul populației infantile.

5.2.6. Scala pentru disconfortul tractului vocal (VDT)

Scala pentru disconfortul tractului vocal (VDT) a fost dezvoltată şi etalonată de Woznicka, Niebudek–Bogusz, Kwiecień, Wiktorowicz, Śliwińska–Kowalska, în 2012, în contextul tulburărilor fonatorii ocupaționale, funcționale. Aceasta a fost construită pornind de la scala elaborată de Mathieson (1993), scală prin care se măsoară disconfortul vocal în contextul disfoniei funcționale. VDT

Scanned with OKEN Scanner

este structurată pe baza a 8 itemi, ceea ce o face foarte uşor de aplicat, fiind considerate două perspective, anume frecvența tulburărilor vocale enumerate şi gravitatea tulburărilor vocale enumerate. Răspunsurile pacienților sunt cuantificate pe o scală de tip Likert de la 0 la 6, unde 0 înseamnă niciodată şi 6 înseamnă întotdeauna.

Itemii scalei delimitează opt simptome care pot fi relaționate cu tulburări de voce, anume: arsurile, uscăciunea, durerea, gâdilatul, iritarea, nodul în gât, senzația de constricție (strângere), inflamarea.

Woznicka, Niebudek-Bogusz, Kwiecień, Wiktorowicz, Śliwińska-Kowalska (2012) au arătat că un instrument atât de uşor de completat poate să ofere informații valoroase despre tulburarea de voce cu cauze funcționale, ocupaționale, la fel de valoroase ca acelea oferite de Indexul pentru Handicap Vocal (VHI).

Studiul derulat de Woznicka, Niebudek-Bogusz, Kwiecień, Wiktorowicz, Śliwińska-Kowalska în 2012 a cuprins 55 de cadre didactice cu o vârstă medie de 47,2 ani diagnosticate cu disfonie funcțională prin intermediul videostroboscopiei, care au parcurs un program terapeutic vocal de cel puțin 3-4 luni. Prin instrumentele utilizate în evaluare au fost colectate date atât în etapa de pretest, cât şi în etapa de posttest. Datele furnizate de VHI şi VTD sunt comparabile, în ambele etape ale studiului, ceea ce a îndreptățit autorii să sublinieze importanța utilizării probei VTD, aceasta constituindu-se într-un instrument valid atât pentru diagnosticarea tulburărilor vocale, cât şi pentru înregistrarea progresului, ca urmare a derulării terapiei vocale, în contextul tulburărilor de voce cauzate de hiperfuncție.

Cercetătorii polonezi au mai utilizat şi alte probe prin care s-au verificat datele colectate cu ajutorul VTD, şi anume scalele GRBAS şi testul pentru timpul maxim de fonație.

5.2.7. Scala GRBAS

GRBAS este o scală elaborată de Societatea Japoneză a Logopezilor şi Foniatrilor (Woynicka, 2012), o scală care delimitează tulburările de voce pe baza a 5 parametri:

Scanned with OKEN Scanner

G (*grade of hoarseness*) — indică nivelul răguşelii, disfoniei;
R (*roughness*) — indică gradul de duritate al vocii, ca o rezultantă a vibrării cu neregularitate a corzilor vocale;
B (*breathing*) — indică gradul de pierdere a aerului, ceea ce conduce la o voce suflată;
A (*asthenic*) — indică prezența unei voci slabe, şoptite;
S (*strained*) — indică prezența unei voci rezultate din hiperfuncția corzilor vocale, o voce încordată, tensionată.

Datele sunt colectate pe această scală prin indicarea nivelului intensității tulburării descrise de fiecare literă a acronimului, pe o scală de la 0 la 3, unde 0 înseamnă voce funcțională, 1 înseamnă tulburări uşoare, 2 înseamnă tulburări moderate, iar 3 înseamnă tulburări severe.

5.2.8. Indexul pentru simptomele de reflux (RSI)

Indexul pentru simptomele de reflux (RSI) a fost validat de Belafsky, Postma şi Koufman (2002). Utilizarea lui este frecvent întâlnită în literatura de specialitate, ceea ce, încă o dată, îi subliniază valoarea (Solomon, 2012).

Autorii indexului au pornit de la date din literatura de specialitate care subliniază că refluxul laringofaringian este recurent în până 50% dintre cazurile de pacienți cu tulburări de voce. Semnele refluxului sunt: răguşeala, oboseala vocală, raclajul excesiv al gâtului, tusea cronică, prezența mucusului faringian, scurgerile postnazale, disfagia. Având în vedere aceste simptome, autorii indexului propun un instrument uşor de autoaplicat, un instrument elaborat pe baza a nouă itemi. Pacienții sunt solicitați să răspundă la nouă întrebări care îi solicită să menționeze, pe o scară de la 0 la 5, în ce măsură următoarele probleme i-au afectat în ultima lună. De exemplu: primul item sună astfel: „În ultima lună, în ce măsură v-a afectat răguşeala sau vreo altă problemă de voce?"

Studiul de validare a fost condus pe un lot de 25 de participanți diagnosticați cu reflux laringofaringian. Aceştia au fost evaluați

Scanned with OKEN Scanner

atât în etapa de pretest, cât şi în etapa de posttest (la un interval de 6 luni după derularea unui program de intervenţie şi tratament). Datele normative au fost oferite de un lot de 25 de participanţi care nu prezentau reflux laringofaringian şi care din punctul de vedere al criteriului de vârstă şi gen constituiau un eşantion-pereche al eşantionului experimental.

Pe lângă utilizarea RSI, autorii au utilizat şi VHI, evidenţiind o strânsă legătură între datele furnizate de cele două probe, atât în etapa de diagnosticare, cât şi în etapa postintervenţie.

Studiul conduce la formularea concluziei potrivit căreia RSI poate fi utilizat cu încredere datorită validităţii de construct crescute, datorită unei crescute consistenţe interne, datorită faptului că scala se aplică uşor şi datorită faptului că datele oferite sunt confirmate şi în timp. Autorii formulează un aspect important de luat în considerare, anume că refluxul laringofaringian este fiziologic într-o anumită doză. Prin urmare, aceştia indică valoarea prag a rezultatelor la scala RSI de 13, aceasta însemnând că o valoare mai mare indică o certă patologie. Gallena, (2007) susţine că valoarea prag este 12, în timp ce Solomon (2012) delimitează două valori 12 ca valoare prag pentru situaţia de risc (12 are valenţe preventive), iar 14 cu valoare patologică, diagnostică, clară.

Legătura strânsă dintre refluxul laringofaringian şi voce este pusă în evidenţă pe diferite loturi de participanţi, interesante fiind loturile de participanţi compuse din angajaţi ai unui call center internaţional şi al unui call center domestic. Aceste loturi au fost comparate cu unul constituit din profesionişti care nu utilizează vocea (membri ai corpului profesional medical din cadrul unui spital), pe dimensiunile caracteristice vocii şi simptome ale refluxului laringofaringian.

Studiul care analizează fonaţia şi simptomele de reflux pe cele trei loturi de participanţi descrise mai sus a fost coordonat de Shah şi Sanghi (2010) şi subliniază că grupul care înregistrează cel mai mare risc de a dezvolta tulburări majore de voce este grupul de

Scanned with OKEN Scanner

angajați ai call center-ului internațional, din cauza hiperfuncției vocale, dar şi din cauza ritmului de viață bulversant (ture de noapte, diferențe de fus orar, alimentație necorespunzătoare). Cercetătorii au înregistrat diferențe marcante atât în ceea ce priveşte caracteristicile vocale, cât şi în ceea ce priveşte simptomele de reflux între lotul de profesionişti care utilizează moderat vocea şi cei care utilizează excesiv vocea, sugerând că acest tip de investigații au valoare de screening şi prevenție pentru diferitele categorii profesionale.

Oricum, valoarea studiului rezidă şi în aceea că RSI poate fi utilizat drept un instrument de bază în diagnosticul tulburărilor de voce.

5.2.9. Scala de evaluare a vocii

Scala de evaluare a vocii (Voice Rating Scale) este elaborată de Gallena (2007), aceasta oferind posibilitatea de investigare a calităților fonației pe şapte dimensiuni, având în vedere, în fapt, şapte parametri de care vocea este dependentă: respirație, intensitate a vocii, inflexiuni ale vocii, înălțime a sunetelor, calitate a vocii, rezonanța nazală a vocii, proiectarea vocii în rezonatori (focalizare pe verticală), baza articulatorie a actului fonoarticulator (focalizarea vocii pe orizontală).

Această scală pune accentul pe importanța focalizării vocii în rezonatori, aspect susținut de terapeuții vocali (Mureşan, Chirilă, 2010); prin urmare, scala este atât un instrument de diagnostic, cât şi un instrument de monitorizare a progresului înregistrat în sfera fonatorie, ca urmare a derulării unui program terapeutic vocal.

Rezultatele sunt colectate pe o scală de tip Likert de la 1 la 7, permițând şi înregistrarea informațiilor de nuanță calitativă, prin completarea unei rubrici deschise, numită „observații".

5.2.10. Indexul pentru evaluarea vocii cântate

Indexul pentru evaluarea vocii cântate (The Singing Voice Handicap Index 10-SVHI-10) este un instrument elaborat şi validat de

Scanned with OKEN Scanner

Cohen, Statham, Rosen şi Zullo (2009). Acest instrument s-a dorit a fi o variantă a VHI-10, adaptat pentru situația de cântăreț. În acest sens, autorii indexului au investigat eficiența instrumentului pe un lot de cântăreți care prezentau tulburări de voce şi pe un lot de cântăreți care nu prezentau tulburări de voce. Participanților la studiu li s-a administrat atât VHI-10, cât şi SVHI-10. Între rezultatele obținute s-au calculat o serie de corelații statistice care au demonstrat că SVHI-10 poate fi considerat un instrument valoros, care le poate oferi profesioniştilor vocali, cântăreților, informații diagnostice relevante.

SVHI-10 are consistență internă crescută (Alpha Cronbach fiind 0,94), instrumentul putând fi utilizat atât în fază de pretest, cât şi în fază de posttest, ceea ce înseamnă că poate furniza informații despre impactul procesului terapeutic, oferind posibilitatea monitorizării vocii cântate pe parcursul derulării unui program terapeutic.

Sub aspect procedural, SVHI-10 presupune parcurgerea a 10 itemi, prin care se descrie impactul pe care tulburăriile vocii cântate îl au asupra pacientului, acesta fiind solicitat să indice gradul în care itemul se aplică, în propriul caz, pe o scală de tip Likert, de la 0 la 4 (0 însemnând că itemul nu se aplică niciodată în cazul lui, în timp ce 4 înseamnă că itemul se aplică întotdeauna). Un exemplu de item cuprins în scală este itemul cu numărul 2: „Sunt nesigur de ceea ce reuşesc să produc atunci când cânt".

Autorii indexului menționează că acest instrument poate fi utilizat cu succes în cazurile în care pacienții, profesioniști vocali, nu resimt în mod dramatic problemele cu care se confruntă sau nu au probleme de voce extreme.

Acest fapt este unul general valabil pentru situația în care pot fi utilizate toate scalele prezentate în acest subcapitol. De altfel, autorii scalelor au precizat, de fiecare dată când au selectat participanții la studiu, că au exclus cazurile situate la extremă din punctul de vedere al gradului de severitate al afecțiunilor. În cazul situațiilor patologice severe este absolut necesară investigația medicală de

Scanned with OKEN Scanner

specialitate, ca primă direcție de evaluare. Oricum, îngemănarea evaluărilor cantitative, obiective, de nuanță medicală cu cele calitative, subiective ar putea asigura proiectarea unor demersuri de intervenție terapeutică mult mai eficiente, cu implicații și în plan psihosocial, nu doar în plan fizic, organic.

6. Demersul terapeutic

Literatura de specialitate delimitează două tipuri de demersuri terapeutice (Mureşan, Chirilă, 2010; Šepić, Pankas, Grubešić, Tićac, Starčević, 2011):

- terapia indirectă;
- terapia directă.

6.1. Terapia indirectă

Prima etapă în demersul terapeutic indirect implică o serie de activități prin care se asigură igiena vocii. Această etapă terapeutică poate fi parcursă în cadrul a două sesiuni terapeutice. În cadrul acestor sesiuni terapeutul îi furnizează pacientului o serie de informații cu privire la:

a. neurofiziologia producerii vocii;
b. regulile producerii corecte a vocii;
c. modelarea mediului înconjurător în vederea reducerii zgomotului şi a altor proprietăți agravante ale patologiei vocale (fumul de țigară, umiditatea etc.), crescându-se astfel calitatea mediului extern în care vorbitorul se exprimă;
d. informarea cu privire la consecințele suprasolicitării vocii;
e. igiena personală (aceasta cuprinde antrenament fizic, hidratarea corzilor vocale — British Voice Association (BVA) le recomandă celor care vorbesc mult pe parcursul unei zile să consume 8 pahare de apă plată, să evite abuzul de stupefiante, fumatul, consumul alcoolului, drogurile sau consumul altor

Scanned with OKEN Scanner

substanțe sau medicamente care conduc la uscarea mucoaselor de la nivelul faringelui şi laringelui);

f. schimbarea obiceiurilor alimentare (evitarea meselor copioase şi a gustărilor nocturne, evitarea alimentelor bogate în lipide, a condimentelor, consumul de cafea sau de ceai cu concentrație crescută să fie unul cumpătat, în vederea evitării refluxului esofagian, asociat adesea cu disfonia profesională);

g. managementul stresului la locul de muncă.

6.2. Terapia directă

6.2.1. Etapele terapiei directe

Procesul terapeutic direct sau propriu-zis implică:

a. Exerciții pentru antrenarea abilităților respiratorii şi pentru relaxarea musculaturii organelor aparatului fonoarticulator. Dintre aceste exerciții pot fi enumerate: exerciții pentru educarea conduitelor motorii de bază (mers, postură), exerciții pentru menținerea echilibrului, exerciții pentru relaxarea şi reducerea tensiunii musculare de la nivelul feței şi gâtului, exerciții pentru creşterea volumului respirator, pentru prelungirea expirului, exerciții pentru respirația verbală şi nonverbală, exerciții pentru îmbunătățirea abilităților de coordonare musculară în actul muscular şi respirator. Exercițiile pentru dezvoltarea abilităților respiratorii şi pentru relaxarea musculaturii organelor aparatului fonoarticulator au drept obiectiv dezvoltarea capacității de prelungire a expirului şi, implicit, formarea unor abilități respiratorii de profunzime.

b. Exerciții fonatorii. Prin aceste exerciții se urmăreşte emiterea sunetelor fără efort articulator şi fonator, se educă pacientul pentru a vorbi cu intensitatea şi înălțimea cele mai potrivite, în vederea implementării legii minimului de efort. Toate antrenamentele care se focalizează asupra componentei fonatorii a tractului vocal sunt proiectate în funcție de vârsta, genul şi ocupația pacientului. De asemenea, prin intermediul exercițiilor de fonație se urmăreşte

Scanned with OKEN Scanner

şi însuşirea capacității de modelare a tăriei vocii, a înălțimii vocii, acestea fiind dependente de respirația şi fonația corecte. Se urmăreşte şi utilizarea corespunzătoare a camerelor de rezonanță, ceea ce asigură modelarea volumului şi a tonalității sunetului produs.

c. Exerciții de articulare. Acestea sunt realizate cu scopul eliminării tensiunii musculare, pentru creşterea flexibilității şi a tonusului muscular, pentru modelarea ritmului, a aperturii bucale şi pentru poziționarea corectă a maxilarelor.

d. Exerciții integratoare de antrenare. Toate exercițiile mai sus menționate sunt integrate la nivelul a două etape ale demersului terapeutic direct. Astfel:

- în etapa inițială a programului terapeutic se focalizează asupra autoaudiției, în vederea facilitării autocorectării, pornind de la informațiile colectate auditiv — tehnica biofeedbackului.
- în a doua etapă, toate aspectele anterior menționate (aspecte care privesc componenta respiratorie, articulatorie, rezonatorie) sunt antrenate integrat la nivel conversațional, timp în care terapeutul consemnează progresul înregistrat la nivelul: posturii corporale, procesului respirator (inspir şi expir), abilității de a activa camerele de rezonanță superioare şi cele inferioare, fonației, articulării în timpul vorbirii fluente, spontane.

Demersul terapeutic direct se poate extinde într-un interval de 3–4 luni, după care se reevaluează situația, în vederea stabilirii modalității de abordare ulterioare.

Solomon (2012) propune următorul program de pregătire a terapiei vocale, program ce se va desfăşura pe parcursul a 5 minute pentru exercițiile de motricitate şi 5 minute pentru exercițiile vocale.

6.2.2. Exemple de programe terapeutice

6.2.2.1. Program de pregătire — cinci minute de exerciții de antrenare motorie

Cerința principală este aceea că toate exercițiile trebuie să se realizeze fără tensionare şi efort.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 27. Program de pregătire — 5 minute de exerciții de antrenare motorie.

Exerciții pentru gât și umeri	Ridicați ambii umeri de 5 ori. Ridicați umărul stâng de 5 ori. Ridicați umărul drept de 5 ori. Rotiți fiecare umăr de 5 ori. Ridicați-vă mâinile în sus sau în fața dumneavoastră de 5 ori.
Exerciții pentru aplecarea capului	Aplecați-vă capul spre piept în timp ce expirați, stați în această poziție 5 secunde și reveniți la poziția inițială. Aplecați-vă capul spre stânga în timpul expirului, stați în această poziție 5 secunde și reveniți la poziția inițială. Aplecați-vă capul spre dreapta în timpul expirului, stați în această poziție 5 secunde și reveniți la poziția inițială.
Exerciții pentru respirație	În picioare: așezați-vă mâinile pe șolduri, inspirați și expirați de 5 ori. Așezat: așezați-vă mâinile pe diafragmă și inspirați, apoi expirați de 5 ori. Respirați și pronunțați „ahhhh". Respirați și pronunțați „hah, hah, hah, mah, mah, mah".
Exerciții pentru buze	Îndepărtați-vă ușor buzele prin suflare de 5 ori. Îndepărtați-vă ușor buzele prin suflare și pronunțați „ahhhh" de 5 ori.
Exerciții pentru limbă – pentru contractarea limbii; – pentru reducerea tensiunii limbii; – pentru antrenarea limbii/creșterea tonusului muscular	Scoateți limba afară din gură cât de tare puteți de 5 ori. Scoateți limba afară din gură cât de tare puteți și pronunțați „ahhh" de 5 ori. Plasați limba în spatele incisivilor superiori și pronunțați „t-t-t-t" de 5 ori. Plasați limba în spatele incisivilor inferiori, rămâneți în această poziție cu gura închisă timp de 5 secunde. Este important să se reducă tensiunea limbii și din timpul vorbirii curente pe parcursul zilei. Ștergeți cu limba dinții pe partea din interiorul cavității bucale de 5 ori. Ștergeți cu limba dinții pe partea externă a cavității bucale de 5 ori.

6.2.2.2. Program de pregătire a vocii — cinci minute

Cerința rămâne aceeași, anume că toate exercițiile trebuie realizate cu prudență și fără efort, obiectivul principal fiind și reducerea tensiunii pentru a facilita fonația corectă.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 28. Program de pregătire a vocii — 5 minute.

Vocalize	Pronunțați „hîm" într-un mod natural pentru 5 secunde. Produceți „hîm" într-o tonalitate înaltă timp de 5 secunde. Produceți „hîm" într-o tonalitate gravă timp de 5 secunde. Urmați aceeași procedură pronunțând „ah". Reluați pronunția lui „hîm" și „ah" timp de 10 secunde, urmând procedura mai sus enunțată.
Rezonanța vocii	Focalizați-vă atenția asupra pronunției valorizând camerele de rezonanță. Se pronunță vocalele și combinațiile de vocale cu consoanele nazale atât la nivel silabic, cât și la nivel de cuvinte, propoziții, texte scurte și poezioare.
Inflexiunile vocii	Pentru a elimina atacul glotal și răgușeala, pronunțați întrebările de mai jos cu fluctuații reduse ale vocii: Cum te simți? Ce ai dori să mănânci? Vei merge acolo? Cât costă? Cât e ora? Ai nevoie de ajutor?

Pentru ca acest program să funcționeze, Solomon (2012) menționează câteva reguli importante de urmat:

- hidratați-vă corzile vocale;
- evitați raclajul gâtului;
- vorbiți cu un nivel redus al intensității;
- asigurați-vă că respirați corect;
- focalizați vocea în rezonatori: cavitatea bucală şi nazală;
- reduceți abuzul/excesul vocal;
- reduceți tensiunea corporală şi stresul.

Mureşan (2010) menționează că terapia vocală se axează pe modificarea şi eliminarea simptomelor vocale dăunătoare, cu scopul obținerii unei voci cu caracteristici acustice normale. Printre metodele propuse menționează tehnica de încălzire a vocii, metodele lui Boone (1971 apud Mureşan, 2010) — tehnica căscat-oftat; tehnica mestecatului, tehnica modificării frecvenței fundamentale. Reeducarea vocii presupune coordonarea activității pe trei paliere:

Scanned with OKEN Scanner

- modificarea atacului glotic,
- utilizarea rezonatorilor;
- susținerea fonației cu o respirație adecvată.

În acest sens, activitățile de reeducare a fonației presupun: exerciții pentru respirație, exerciții pentru antrenare şi creşterea forței musculare, exerciții de reducere a tensiunii musculare, masaj laringian, exerciții de articulare, exerciții de utilizare corectă a accentului, vocalize. În cadrul vocalizelor sunt utilizate vocalele, pentru că la nivelul acestora se poate concentra unda acustică, ele putând fi prelungite; dar şi consoanele, acestea asigurând variațiile de tonalitate (Lessac apud Mureşan, 2010).

6.2.2.3. Programul de terapie Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy (LMRVT)

Acest program terapeutic a fost elaborat de dr. Katherine Verdolini la începutul anului 2000 şi este denumit după dr. Arthur Lessac şi dr. Mark Madsen, pionieri în domeniul terapiei bazate pe rezonanța vocii şi în domeniul dezvoltării abilităților fonatorii funcționale prin stimularea abilităților motorii fonoarticulatorii.

Programul terapeutic se bazează pe cele două obiective majore pe care orice alt program de terapia tulburărilor de voce le formulează pentru beneficiarii acestora, anume:

- configurarea unor abilități fonatorii funcționale (o voce puternică prin care îşi poate asuma rolul social şi profesional corespunzător);
- prevenirea afectărilor, traumelor viitoare de la nivelul corzilor vocale.

Verdolini (2002 apud Seligmann, 2005) a demonstrat că utilizarea terapiei bazate pe rezonanța vocii contribuie la facilitarea dezvoltării unor abilități fonatorii funcționale. De asemenea, autoarea a subliniat faptul că rezonanța vocii contribuie la vindecarea traumelor fonatorii de la nivelul corzilor vocale într-o mai mare măsură decât repausul vocal.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica bazată pe inducerea vocii rezonatorii presupune modelarea unui comportament fonator care implică o poziționare ușor în adducție (corzile vocale se apropie datorită mușchilor adductori) și o abducție a corzilor vocale (mușchii abductori sunt cei care prin contracție implică vibrația la nivelul corzilor vocale), distanța dintre corzile vocale ajungând să fie de 0,6 mm. Această poziție a corzilor vocale facilitează presiune glotală crescută, fără însă a afecta corzile vocale. Aceasta înseamnă că apare la nivel laringian o presiune intraglotală care facilitează creșterea intensității producției vocale, fără însă a răni, a afecta corzile vocale (Seligman, 2005; Antoni, 2016).

Producerea presiuni intraglotale facilitează extinderea rezonanței de la nivelul cavității laringiene, la nivelul cavității faringiene, în cavitatea bucală și la nivelul feței.

Înainte de a iniția aplicarea efectivă a metodei sunt efectuate, la începutul ședinței de lucru, câteva exerciții pentru antrenarea componentelor implicate în actul fonator (Mureșan, Chirilă, 2015, pp. 215–216):

- umerii (exemple de exerciții: ridicarea și coborârea umerilor, rotirea umerilor, ridicarea mâinilor, întinderea mâinilor în față, atingerea coatelor la spate și în față);
- gât (exemple de exerciții: se lasă capul în față, apoi se ridică capul până în momentul în care la nivelul musculaturii gâtului se simte o tensiune, se rotește capul la stânga și apoi la dreapta, apoi se apleacă în așa fel încât se atinge cu urechea umărul, apoi se apleacă pe spate);
- maxilarele (exemple de exerciții: se apropie și se îndepărtează maxilarele, se realizează mișcări stânga-dreapta cu maxilarul inferior, se proeminează maxilarul inferior, se masează mușchiul maseter);
- planșeul cavității bucale (exemple de exerciții: se apasă cu policele limba, antrenând astfel planșeul cavității bucale, se urmărește realizarea acestui exercițiu fără rigiditate linguală);

Scanned with OKEN Scanner

- buzele (exemple de exerciții: buzele se țuguie, se retrag comisurile bucale, ceea ce facilitează întinderea buzelor, buzele sunt angrenate în realizarea unui murmur prin vibrare);
- limbă (exemple de exerciții: se realizează ştergerea plafonului cavității bucale cu ajutorul limbii, prin mişcări înainte şi înapoi, se realizează mişcări de ştergere a dinților pe interior şi exterior cu ajutorul limbii, se scoate limba în afara cavității bucale etc.);
- faringele (exemple de exerciții: se imită căscatul, se combină căscatul cu oftatul).

Antrenarea abilităților respiratorii este un alt pas important pe parcursul terapiei rezonatorii.

Se insistă apoi asupra prelungirii pronunției nazalelor „m", „n" şi „ng" (în limba română nu există fonemul „ng", există doar o variantă velarizată a fonemului „n", prin urmare „ng" este un alofon al fonemului „n") atât izolat, cât şi în combinații precum „ma", „hium", „hîm", „hum". Pronunția poate fi realizată fluctuând frecvența la nivelul căreia se produc sunetele, se variază între o frecvență cât mai înaltă şi una cât mai gravă. De asemenea, se insistă şi asupra modelării ritmului pronunției — de la o pronunție lentă, până la o pronunție accelerată.

Apoi se continuă cu prelungirea fricativelor „f" şi „v". Pentru ca vocea să fie caracterizată printr-o rezonanță corectă, i se cere beneficiarului să îşi plaseze două degete sub nas, pentru a simți vibrația la nivelul nasului şi feței. Cu cât senzația vibratorie este mai bine resimțită, cu atât creşte calitatea rezonanței vocale. Prin urmare, plasarea celor două degete sub nas, la nivelul feței, îi asigură beneficiarului biofeedback şi autocontrol în demersul terapeutic în care este inclus (Seligmann, 2005).

Terapia vocală bazată pe tehnica rezonatorie presupune şi modelarea vocii prin citirea unor propoziții şi texte, antrenarea beneficiarului în activități dialogate, în acțiuni conversaționale unde conținuturile emoționale sunt manipulate şi exprimate emfatic (Mureşan, Chirilă, 2015).

Scanned with OKEN Scanner

Programul terapeutic direct se derulează pe parcursul a 8 săptămâni, câte o şedinţă pe săptămână (Verdolini, 2004). Seligmann (2005) şi Antoni (2016) subliniază faptul că acest demers terapeutic nu poate avea rezultate dacă terapia directă, activitatea derulată cu terapeutul, nu este repetată, autoadministrată de beneficiar şi acasă, dar mai ales dacă beneficiarul nu îşi reorganizează viaţa pornind de la materializarea principiilor de igienă vocală şi protejare a corzilor vocale.

6.2.2.4. Programul terapeutic bazat pe tehnica „Accentului"

Tehnica terapiei vocii pe baza modelării accentului a fost elaborată de profesorul danez Sevend Smith (1907–1985). Aceasta a fost preluată şi extinsă ca uzanţă în întreaga lume. Are o utilizare mai amplă în Europa şi Asia, în timp ce în SUA se utilizează mai puţin (Verdolini, 2004).

Verdolini (2004) menţionează că programul bazat pe tehnica „Accentului" se adresează persoanelor care au tulburări fie de hipoadducţie, fie de hiperadducţie a corzilor vocale. Programul presupune manipularea ritmului, a structurilor sintagmatice accentuate, a elementelor suprasegmentale care caracterizează şi întreaga tranşă sonoră — intonaţia. Înainte de modelarea accentului şi a intonaţiei, programul bazat pe accent implică şi dezvoltarea unor abilităţi respiratorii funcţionale. Abilităţile respiratorii sunt antrenate prin exerciţii care corelează respiraţia profundă, diafragmatică, cu exerciţii de motricitate grosieră şi fină. Această coroborare a ritmului respirator cu mişcarea corporală facilitează structurarea ritmică. Pornind de la acest fundament respirator se introduc paşii următori ai programului, paşi care presupun modelarea pronunţiei ritmice, pornind de la sunete articulate ritmic, ajungând apoi la articularea ritmică a silabelor, cuvintelor şi a structurilor propoziţionale, sintagmatice, unde numărul unităţilor accentuate creşte (3–4 accente la nivel de sintagmă).

Prin urmare, programul are trei părţi:

– o parte în care se modelează abilităţile respiratorii;

Scanned with OKEN Scanner

– o parte prin care se abordează abilitățile fonatorii (prin exerciții de flexibilizare a fonației);
– o parte prin care se antrenează integrat abilitățile comunicaționale.

Practic, programul bazat pe metoda „Accentului" facilitează restructurarea cognitivă prin configurarea unor reprezentări mentale prin care abilitățile respiratorii sunt corelate cu abilitățile articulatorii ritmice, modulate, bazate pe unități prozodice. Prin urmare, acest program facilitează dezvoltarea unor abilități respiratorii, fonatorii şi articulatorii care se corelează cu situația comunicațională contextuală şi pot răspunde nevoilor de interrelaționare a beneficiarilor programului.

Pankas, Sepić, Pitlović, Rosso, Starcević (2011), comparând beneficiile pe care cele două programe terapeutice (Programul bazat pe rezonanța vocii şi Programul bazat pe tehnica „Accentului") le au asupra persoanelor care prezintă tulburări de voce, au subliniat că Programul bazat pe tehnica „Accentului" a contribuit la îmbunătățirea mai rapidă a abilităților fonatorii. Prin urmare, se poate concluziona că programul bazat pe tehnica „Accentului" facilitează o abordare integrată a abilităților respiratorii cu cele fonatorii şi articulatorii, ceea ce contribuie la formarea unor reprezentări mentale lingvistice care asigură îmbunătățirea abilităților comunicaționale per ansamblu.

6.2.2.5. Programul Lee Silverman (Lee Silverman Voice Treatment — LSVT)

Acest program terapeutic a fost elaborat inițial (programul a fost elaborat în anul 1987, autorii acestui program fiind dr. Lorraine Ramig şi Carolyn Mead, programul fiind denumit după prima lor pacientă — Lee Silverman, pentru persoanele care prezentau Parkinson).

Programul terapeutic pune accentul pe antrenarea calității fonatorii prin modelarea intensității vocii. Prin urmare, obiectivul

Scanned with OKEN Scanner

central al acestui program terapeutic este structurarea unor abilități articulatorii funcționale, iar vocea să aibă o intensitate adecvată (pacientul să vorbească cât mai tare).

Programul terapeutic este organizat în 16 ședințe (a câte 60 de minute) care se derulează pe parcursul unei luni. Pe parcursul acestor ședințe înălțimea vocii este modelată în așa fel încât să se ajungă la rezultatul țintit, anume o voce puternică, care să îi permită beneficiarului programului terapeutic să relaționeze cu cei din jur și să își exprime opiniile și/sau nevoile. Practic, crescându-se cât mai mult intensitatea vocii, se urmărește conștientizarea de către beneficiar a faptului că poate produce o voce cât mai intensă și că prin utilizarea acestei voci poate să își îmbunătățească abilitățile comunicaționale (Verdolini, 2004).

Programul constă în repetarea cu voce tare a structurii „AAH!", prelungind maxim pe o expirație pronunția vocalei „A", cu precizarea că se acordă atenție intensității vocii. Cu alte cuvinte, se modelează atât intensitatea vocii, cât și creșterea abilităților fonatorii prin prelungirea expirului, rostirea unui „A" cât mai lung. Pentru contabilizarea intensității și a timpului de fonație se pot utiliza instrumente de măsurare obiectivă a acestor parametri (Decibelmetru, Sonometru și Cronometru).

Exercițiile care vizează intesitatea vocii pot fi cuplate cu exerciții de modelare a înălțimii vocii. Pot fi utilizate și mișcări ascendente cu mâna pentru a facilita conștientizarea creșterii înălțimii producției fonatorii.

Dacă inițial programul Lee Silverman era utilizat doar de terapeuții limbajului, acum acesta este utilizat și în cadrul activităților terapeutice derulate de psihomotrician, kinetoterapeut sau terapeutul ocupațional. Astfel că deosebim două tipuri de programe Lee Silverman, anume programul utilizat de terapeutul limbajului (Lee Silverman Loud) și programul utilizat de terapeuții ocupaționali, kinetoterapeuți sau psihomotricieni (Lee Silverman Big). Programul Lee Silverman Big se focalizează asupra

Scanned with OKEN Scanner

modelării mişcărilor, abilității motorii grosiere prin exagerarea acestora, prin creşterea amplitudinii şi intensității mişcărilor grosiere, urmărindu-se conştientizarea de către beneficiar a faptului că treptat mişcările i-au încetinit, ceea ce îi reduce semnificativ posibilitățile de interacțiune, în vederea satisfacerii nevoilor. Creşterea intensității mişcărilor facilitează conştientizarea acestora şi contribuie la recâştigarea controlului asupra abilităților motorii grosiere.

Programul s-a implementat şi pentru persoane care prezintă sindromul Down, sindromul Shy–Drager, scleroză multiplă, atrofie musculară, paralizie cerebrală, cazuri în care şi-a dovedit eficiența. De asemenea, Programul Lee Silverman poate fi utilizat şi valorificând tehnicile de terapie online terapie şi terapie la distanță (în engleză *telepractice*), acesta fiind identificat sub denumirea de Lee Silverman eLoud.

Datele cu privire la programele Lee Silverman Loud, Lee Silverman Big şi Lee Silverman eLoud au fost preluate de pe site-ul organizației Lee Silverman Global (http://www.lsvtglobal.com/).

6.2.3. Tehnici de îmbunătățire a parametrilor vocali

6.2.3.1. Tehnica de încălzire a vocii

Această tehnică presupune emiterea fonemului „m", a cuvintelor care conțin grupul „m + vocală", a structurilor „m + alte cuvinte".

În acest mod se asigură antrenarea corzilor vocale, eliminarea atacului glotic excesiv, pregătirea aparatului fonoarticulator pentru a putea susține producerea unor structuri lingvistice complexe.

6.2.3.2. Tehnica căscat-oftat

Această tehnică se adresează situațiilor patologice de hiperfuncție vocală. Boone şi McFarlane (apud Mureşan, Chirilă, 2010) descriu hiperfuncția laringelui în termeni de implicare în exces a forțelor musculare şi a efortului fizic de la nivelul tuturor componentelor tractului fonoarticulator.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica descrisă potrivit lui Mureşan şi Chirilă (2010) presupune două momente care se succed, momentul de imitare a căscatului şi momentul de imitare a oftatului. Terapeutul descrie cele două momente distincte, i le demonstrează separat pacientului şi insistă asupra însuşirii mecanismului fiziologic al căscatului şi oftatului. Apoi, cele două momente sunt incluse în cadrul aceleiaşi secvenţe terapeutice. Pacientul este solicitat să imite căscatul, ceea ce presupune deschiderea largă a cavităţii bucale, îndepărtarea corzilor vocale şi inspirul aerului, moment în care laringele coboară şi se relaxează. După ce pacientul a învăţat tehnica căscatului, se emite voce şi se pronunţă cuvinte care încep cu sunetul „h" (4-5 cuvinte). Apoi, pacientul este soliciat să imite oftatul, ceea ce presupune prelungirea expirului, eliminarea aerului pulmonar, ridicarea laringelui şi relaxarea musculaturii laringiene. După ce această tehnică a fost însuşită, se emite voce şi se pronunţă cuvinte care încep cu sunetul „h".

După ce pacientul a reuşit să combine cele două momente, oftatul este înlocuit cu emiterea de cuvinte care conţin sunetul „h" (ham, horă, horn, hai, hip), precum şi de propoziţii (Haina este a lui Horia).

6.2.3.3. Tehnica mestecatului

Această tehnică este utilizată pentru relaxarea musculaturii laringiene şi mandibulare. Se insistă asupra imitării mestecatului prin mişcări accentuate, exagerate ca şi când ar trebui să mesteci un bol alimentar mare, 3–4 biscuiţi deodată. Este necesar să se mestece cu mişcări exagerate, pentru a facilita deschiderea mare a cavităţii bucale şi reducerea hiperfuncţiei laringiene, precum şi pentru a evita atacul glotal dur.

După ce pacientul reuşeşte să realizeze mişcările de mestecare pronunţate, acestea vor fi însoţite de pronunţia silabelor „hum"; „ium"; „iam-iam". Se adaugă apoi cuvinte, propoziţii şi text.

Pentru ca această metodă descrisă de Mureşan şi Chirilă (2010) să fie eficientă este important ca pacientul să repete aceste exerciţii de 20 de ori pe zi.

Scanned with OKEN Scanner

6.2.3.4. Tehnica modificării frecvenței fundamentale

Această tehnică se bazează pe autocontrol şi metode de vizualizare a particularităților acustice ale vorbirii (Mureşan, Chirilă, 2010). Emiterea vocii pe o altă frecvență este necesară pentru a evita suprasolicitarea vocală (în cazul în care frecvența fundamentală a vocii este prea înaltă) sau consumul energetic crescut (în cazul în care fundamentala vocii este foarte joasă).

Terapeutul împreună cu pacientul stabilesc optimul frecvenței fundamentale a vocii, realizează înregistrări ale vocii şi vizualizări ale producțiilor vocale, în vederea autoreglării. Se utilizează tehnicile de feedback auditiv şi vizual.

Gallena (2007) propune o serie de modalități de antrenare vocală focalizându-se tot asupra componentelor descrise mai sus: componenta motorie, componenta respiratorie, componenta articulatorie, dar şi asupra tuturor factorilor care pot altera vocea: deshidratarea, consumul de alcool şi cafea, mediul de lucru sau viață zgomotoasă, poluarea din mediu (fum, praf, praf de cretă), utilizarea extensivă a vocii, regimul de viață nesănătos (fără o dietă alimentară corespunzătoare, fără activitate fizică şi fără un management adecvat al stresului şi tensiunii), consumul de medicamente care pot afecta funcționalitatea corzilor vocale, prezența refluxului laringofaringian etc.

Având în vedere aceste direcții terapeutice, putem concluziona faptul că terapia directă, dar şi cea indirectă, are o importanță deosebită în reeducarea vocală, conştientizarea întreprinsă de pacient şi transformarea acestuia în coterapeut, actant al demersului terapeutic, fiind esențiale.

6.2.3.4. Tehnica antrenării abilităților respiratorii
(Respiratory Retraining Therapy)

Terapia vocii bazată pe tehnicile respiratorii se adresează mai ales tablourilor de tulburări de voce caracterizate prin mişcările paradoxale ale corzilor vocale atât în faza verbală, cât şi în faza

Scanned with OKEN Scanner

nonverbală. Aceste mişcări paradoxale se datorează hiperabducției sau hiperadducției corzilor vocale.

Disfonia rezultată este una spasmodică, cu următoarele subtipuri:

- disfonia spasmodică de adducție — caracterizată prin tulburări de voce, tulburări respiratorii, spasme articulatorii, voce răguşită, tremurată, pauze articulatorii, voce încordată;
- disfonia spasmodică de abducție — caracterizată prin voce suflată, ca o şuşoteală, de intensitate slabă;
- disfonia respiratorie — caracterizată prin secvențe de respirație scurtă, tulburări respiratorii, tuse, senzația de înecare, tulburări de înghițire, se asociază cu tulburări ale refluxului gastroesofagian.

În aceste tablouri de disfonii, tehnica respiratorie s-a dovedit a fi foarte eficientă. Exerciții reunite la nivelul acestei tehnici constau în (Hatzelis, Murry, (2012):

- *Exerciții de respirație ritmică asociate cu mers* — exercițiile presupun relaxarea cutiei toracice, a umerilor, şi inspirul şi expirul ritmic, în timp ce persoana care beneficiază de acest tip de terapie se plimbă. Se insistă asupra asocierii mişcărilor cu exercițiile de inspir şi expir. Se acordă atenție crescută expirului şi se urmăreşte prelungirea acestuia în raport cu inspirul, proporția fiind 1:3. După ce se obține o respirație ritmică, puternică prin asocierea inspirului şi expirului cu mersul într-un ritm lent, se urmăreşte accelerarea ritmului mersului, precum şi asocierea exercițiilor de respirație cu sarcini de urcare de scări, cu sarcini care presupun efort motor.
- *Exerciții de respirație asociate cu emiterea de consoane* — exercițiile presupun prelungirea expirului şi realizarea unui inspir şi expir ritmice.
- *Expirație prelungită* — exercițiul constă în inspirarea pe nas prelungită şi apoi, în episodul de expir, se pronunță silaba

Scanned with OKEN Scanner

„ha". Se urmăreşte ca pronunţia prelungită a silabei „ha" să se realizeze cu contracţia musculaturii abdominale.

- *Exerciţii de respiraţie profundă* — exerciţiile se realizează întins pe spate, iar pe abdomenul persoanei se plasează o carte. În episodul de inspir cartea este ridicată, iar în expir cartea este coborâtă. Se urmăreşte obţinerea unei respiraţii profunde şi ritmice. După imprimarea ritmului respirator, cartea este înlăturată, iar inspirul şi expirul se realizează printr-un pai, pentru a facilita dezvoltarea musculaturii şi a forţei în procesul respirator.
- Expiraţie accentuată — exerciţiile se realizează în poziţie ridicată, acestea constau în inspirarea uşoară prelungită şi expirarea episodică, pulsată, imitând gâfâitul. Exerciţiile se realizează atât pentru antrenarea respiraţiei orale, cât şi pentru antrenarea respiraţiei nazale. Se alocă 15 secunde setului de exerciţii, cu pauză de relaxare musculară între. Exerciţiile se pot repeta de 5 ori.
- *Respiraţie abdominală* — se urmăreşte obţinerea unei respiraţii puternice, abdominale, prin inspirarea prelungită pentru 3 secunde prin cavitatea nazală şi expirarea rapidă, accentuată, într-o secundă, prin cavitatea bucală. Pentru a facilita realizarea respiraţiei abdominale, se plasează mâna pe abdomen, în timpul realizării exerciţiilor.

7. Abordare conclusivă

Tulburările de voce sunt frecvent întâlnite atât la copii, cât şi la adulţi. Ori de câte ori trecem printr-un scurt episod de răceală, elementul distinctiv al afectării stării de sănătate este vocea. Prin urmare, tulburările de voce, delimitarea corectă a acestora, identificarea factorilor etiologici, selectarea tehnicilor terapeutice cele mai potrivite, ar trebui să fie o prioritate, nu numai pentru medicul ORL-ist sau foniatru, ci şi pentru terapeutul limbajului. Fonaţia este

Scanned with OKEN Scanner

procesul care asigură materializarea sunetelor, vorbirii; delimitarea fonației de articularea sunetelor şi producerea vorbirii se realizează, mai degrabă, din rațiuni didactice. Aceste două procese sunt simultan materializate şi au o valoare extrem de mare pentru adaptarea ființei umane la mediu. În aceste condiții, abordarea tulburărilor de voce de către terapeutul limbajului este cu atât mai îndreptățită, iar tematica tulburărilor de voce ar trebui să se găsească atât pe parcursul pregătirii inițiale a viitorilor logopezi, cât şi pe parcursul pregătirii profesionale continue a celor care deja exercită această profesie.

Bibliografie

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecții*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Antoni, C. (2016). Principles of Speech and Language Therapy, în Castello, D., Sandhu, G. (coord.) (2016). *Practical Laringology*, New-York: Talylor and Francis, CRC Press, pp. 73–86.

Aronson, A., Bless, D. (2009). *Clinical Voice Disorders*, ediția a patra, New-York: Thieme Medical Publishers, Inc.

Belafsky, P.C.; Postma, G.N.; Koufman, J.A. (2002). Validity and Reliability of the Reflux Symptom Index (RSI), *Journal of Voice*, 16 (2): 274-277.

Burlea, G. (coord.), Burlea, M. (coord.), Milici R., Burlea, A., Zanfirache, A., Mereuță, M. (2011). *Dicționar explicativ de logopedie*, Ediția a II-a revăzută şi adăugită, Iaşi: Editura Polirom.

Cohen, S.M., Statham, M., Rosen, C.A., Zullo, T. (2009). Development and Validation of the Singing Voice Handicap–10, *Laryngoscope*, 119 (9):1864-9.

Deary, I.J., Webb, A., Mackenzie K., Wilson, J., Carding, P.N. (2004). Short, self-report voice symptom scales: psychometric characteristics of the Voice Handicap Index–10 and the Vocal performance Questionnaire, *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 131, (3): 232-235.

Scanned with OKEN Scanner

Duffy, J.R. (2005). *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnossis and Management*, Missouri: Elsevier, Mosby.

Eckel, F., Boone, D. (1981). „The S/Z Ratio as an Indicator of Laryngeal Pathology", *Journal of Speech and Hearing Disorders*, Vol. 46 147–149 May 1981, ASHA.

Gallena, S. K. (2007). *Voice and Laryngeal Disorders. A Problem-Based Clinical Guide with Voice Sample*, Missouri: Elsevier, Mosby.

Ghidirim, Gh., Găgăuz, I., Mişin, I., Condrațchi, E. (2007). Limfangiom chistic al mezocolonului la adult, *Jurnalul de Chirurgie*, Iaşi, vol. 3, nr. 4, pp. 355–359.

Guțu, M. (1976). *Logopedie*, curs litografiat, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Hatzelis, V., Murry, T. (2012). Paradoxical vocal fold motion: respiratory retraining to manage long-term symptoms. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24 (1): 80-85, consultată în data de 11 decembrie 2015, pe http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912012000100014&lng=en&tlng=en.

Jacobson, B.H., Johnson, A., Grywalski, C., Silbergleit, A., Jaconsen, G., Benninger, M.S. (1997). The Voice Handicap Index (VHI). Development and Validation, *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 66–70.

Koufman, J.A., Wiener, G.J., Wallaceu, C.W.C., Castell, D.O. (1988). Reflux laryngitis and its sequelae: the diagnostic role of ambulatory 24-hour monitoring. *Journal of Voice* 2:78–79.

Kurlan R. (2010). Clinical Practice Tourette's Syndrome, *The New England Journal of Medicine*, 363 (24): 2332–2338.

Lee Silverman Voice Treatment Global (n.d.). *What is LSVT Loud?*, consultată în data de 10 decembrie 2015, pe http://www.lsvtglobal.com/patient-resources/what-is-lsvt-loud

Lee Silverman Voice Treatment Global (n.d.). *What is LSVT Big?*, consultat în data de 10 decembrie 2015, pe http://www.lsvtglobal.com/patient-resources/what-is-lsvt-big

Scanned with OKEN Scanner

Rinkel, R.N., Verdonck-de Leeuw, I.M., Van Reiji, E.J., Aaronson, N.K., Leemans, C.R. (2008). Speech Handicap Index In Patients With Oral And Pharyngeal Cancer: Better Understanding of Patient's Complaints, Wiley Periodicals InterScience, *Head and Neck*, 868-874.

Rondal, J.A., Seron, X. (1999). *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Hayen, Sprimont (Belgique): Mardaga.

Roy, N., Bless, D. M. (2000). Personality traits and psychological factors in voice pathology: A foundation for future research, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43, 737-748.

Sataloff, R.T., Hawkshaw, M.J., Gupta, R. (2010). Laryngopharyngeal Reflux and Voice Disorders. An Overview on Disease Mechanism, Treatments and Research Advances, *Discovery Medicine*, 10(52): 213-224.

Seligmann, E.R. (2005). *Lessac-Madsen Resonant Voice Therapy (LMRVT): A Brief Description and Review*, Summer Vocology Institute, consultată pe http://www.ellieseligmann.com/essays/lmrvt.htm, în data de 10.12.2015.

Šepić, T., Pankas, J. Grubešić, A., Tićac, R., Starčević, R. (2011). Basics of Voice Dysfunction –Etiology and Prevention of Voice Damage, *Collegium Antropologicum*, 35 (2011) Suppl. 2: 97–101.

Shah, H., Sanghi, M. (2010). A Study of Voice Characteristics and Reflux Symptom Index in Professional Voice Users (Call Center Employees), *JISHA-Indian Speech and Hearing Association*, 24 (1): 39-47.

Sloane, P.M. (2009). *Voice Care For Teachers*, Trinity College Dublin, http://www.tcd.ie/Education/courses/pde/postgrad-dip-education/Voice%20Management%20PaulineSloane[1]%20[Compatibility%20Mode].pdf

Solomon, B. (2012). *Vocal pathologies in children and adults through the life span. A how-to-guide to assessment*, EL PASO Speech Therapy Conference, http://www.esc19.net/conferences/speech_therapy_conference/documents/03%20Solomon%20Session%201%20and%202.pdf.

Scanned with OKEN Scanner

Verdolini, K. (2004). Voice Therapy for Adults, in Kent, R. (coord.) (2004). *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, MIT Press: Massachusetts.

Woźnicka, E., Niebudek-Bogusz, E., Kwiecień, J., Wiktorowicz, J., Śliwińska-Kowalska, M. (2012). Applicability of the Vocal Tract Discomfort (VTD) Scale in Evaluating the Effects of Voice Therapy of Occupational Voice Disorders, *Medycyna Pracy*, 63 (2):141–152.

Zur, K.B., Cotton, S., Kelchner, L., Baker, L., Weinrich, B., Lee, L. (2007). Pediatric Voice Handicap Index (pVHI): a new tool for evaluating pediatric dysphonia, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71, 77–82.

http://orlmd.org/ro/bolile_laringelui_ro.html

http://www.pathologyatlas.ro

http://www.pathologyatlas.ro/condromul.php

http://www.voicemedicine.com

http://www.britishvoiceassociation.org.uk/

http://www.epathology.ro

http://www.cdc.gov/pertussis/

http://www.ncvs.org

http://www.lsvtglobal.com/

Scanned with OKEN Scanner

Întârzierea în dezvoltarea limbajului. Prevenție, diagnostic și intervenție

1. Delimitări conceptuale

Întârzierea în dezvoltarea limbajului („speech and langage delay", cu origine anglofonă) mai poate fi denumită şi retard în dezvoltarea limbajului („retard de langage", cu origine francofonă), în funcție de filiera terminologică prin care realizăm denumirea acestei categorii diagnostice.

Întârzierea în dezvoltarea limbajului implică raportarea la o normă, la un standard cu privire la etapele achiziției limbajului, etape care au fost delimitate în mod detaliat printr-o serie de scrieri de specialitate cuprinse sub cupola psihologiei dezvoltării, a psihologiei vârstelor şi a psihologiei limbajului. Prin urmare, orice părinte care are acces cel puțin la calculator poate consulta aceste surse bibliografice şi poate constata că reperele normative fluctuează, că optica fiecărui autor este marcată de principiile paradigmei sub cupola căreia scrie că abordarea diacronică a materialelor obligă cititorul la multiple actualizări de informație, iar tuturor acestor aspecte li se adaugă şi dificultatea raportării acelor date identificate la propriul copil. În aceste condiții, părintele ajunge să trăiască un accentuat sentiment de neputință, angoasă şi incertitudine, sentiment pe care încearcă, în funcție de sistemul strategiilor de *coping* (de relaționare psihologică, emoțională, cu situația conflictuală cu care se confruntă), să îl gestioneze printr-una din următoarele trei modalități:

Scanned with OKEN Scanner

- gândire rațională (caută explicații logice, de tip cauză-efect, citeşte mult despre achiziția limbajului şi tulburările de limbaj, consultă specialişti — medici şi terapeuți ai limbajului);
- atitudine evitantă (încearcă să se focalizeze pe abilitățile copilului, să valorizeze ceea ce copilul reuşeşte să facă, negând dificultățile cu care acesta se confruntă la nivel verbal);
- atitudine negativistă, catastrofică, autoculpabilizatoare (îşi creează scenarii cognitive grave cu privire la problema cu care se confruntă copilul, autoculpabilizându-se).

Reperele normative ale achiziției limbajului sunt modelate şi cultural, ceea ce face şi mai dificilă identificarea de către părinte a soluției potrivite pentru abordarea situației cu care se confruntă propriul copil. Astfel, în țara noastră modelul cultural blagian se pare că modelează în mod semnificativ abordarea copilului cu tulburări de limbaj. Prin acest model, reperul temporal cu valoare diagnostică este cel de 4 ani. Ceea ce înseamnă că abordarea terapeutică a copilului cu tulburări de limbaj ar trebui să aibă loc după ce acesta împlineşte vârsta cronologică de 4 ani.

Având în vedere situația activității de terapia limbajului din cabinetele logopedice interşcolare, constatăm că vârsta de 5 ani (vârstă la care preşcolarul se află în grupa mare) este un alt reper temporal important. La această vârstă, preşcolarul care întâmpină tulburări în achiziția limbajului are şansa de a fi preluat pentru terapie de specialitate în cabinetul logopedului interşcolar (şansa de a beneficia de terapie, sau poate, mai bine spus, neşansa acestuia de a beneficia de terapia logopedică necesară mai devreme este dată de modul în care subfinanțarea educației se răsfrânge asupra dezvoltării copiilor. Subfinanțarea se materializează, în cazul nostru, printr-un număr foarte mic de terapeuți ai limbajului cuprinşi în sistemul de cabinete interşcolare, un logoped fiind obligat să se ocupe de un număr foarte mare de copii, şi anume de cel puțin 500 de copii (cuprinşi în grădiniță şi în clasele I–IV), conform Legii Educației Naționale, nr. 1/2011 şi conform Ordinului nr. 5555 pentru aprobarea Regulamentului

Scanned with OKEN Scanner

privind organizarea şi funcţionarea Centrelor judeţene/al municipiului Bucureşti de Resurse şi Asistenţă Educaţională, din 5.10.2011. Realitatea demonstrează însă că numărul copiilor arondaţi fiecărui cabinet logopedic interşcolar este cel puţin dublu, adică un logoped răspunde de cel puţin 1 000 de copii).

Dată fiind această cadrare a situaţiei, întârzierea în dezvoltarea limbajului este o tulburare care, în ţara noastră, poate fi stabilită ca diagnostic chiar şi la vârste la care în mod normal ar trebui să nu mai vorbim despre întârziere în plan lingvistic, ci despre alte categorii diagnostice.

Prin urmare, diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului desemnează acea categorie patologică ce presupune achiziţia deficitară a limbajului, având în vedere repere normative, tipice, cu privire la dezvoltarea limbajului, achiziţie ce poate fi recuperată pe parcursul perioadei de preşcolaritate (2-6 ani). Cu alte cuvinte, întârzierea în dezvoltarea limbajului propune structurarea limbajului în alte etape, urmând o stadialitate, etapizare diferită faţă de stadialitatea tipică în achiziţionarea limbajului. Ritmul achiziţiei limbajului este mai lent la copilul cu întârziere în dezvoltarea limbajului.

Uneori recuperarea întârzierii nu poate fi realizată decât cu suport de specialitate, alteori recuperarea poate fi asigurată prin modelarea condiţiilor de mediu extern sau prin pregătirea şi consilierea părinţilor, în vederea transformării acestora în „terapeuţii" propriului copil.

Întrebarea care derivă din cele subliniate mai sus este în ce măsură putem şti dacă are nevoie copilul de ajutor de specialitate sau nu? La această întrebare se poate formula următorul răspuns: evaluarea timpurie şi monitorizarea cu scop preventiv ar trebui să fie direcţiile ştiinţifice de abordare a copilului care prezintă un ritm atipic de achiziţie a limbajului. Prin urmare, nu putem şti cu exactitate cine are nevoie de suport de specialitate intens şi cine nu, dar ştim că toţi copiii ar trebui să beneficieze de un **suport general, suport general care se intensifică, iar apoi devine unul specific,**

Scanned with OKEN Scanner

în funcție de modul în care evoluează situația concretă a copilului, în funcție de răspunsul copilului la intervenția cu caracter general de care beneficiază.

Cât de repede ar trebui să beneficieze de, cel puțin, suportul general? Aceasta este cea de-a doua întrebare importantă, care derivă din cele subliniate anterior.

La această întrebare răspunsul poate fi:

- unul evaziv, cu caracter general — cât mai repede posibil, imediat ce se sesizează o abatere de la normele stipulate cu referire la dezvoltarea limbajului copilului, cu alte cuvinte de timpuriu;
- unul concret, cu caracter specific — după prima evaluare screening a copilului (imediat de la naştere, după ce un neonatolog a stabilit scorul APGAR şi cere examinări suplimentare).

Scorul APGAR

Imediat după momentul naşterii, nou-născutul este evaluat prin intermediul scalei APGAR, scală elaborată de Virginia Apgar în 1953, în vederea stabilirii nivelului de risc al copiilor de a dezvolta un anumit tablou patologic, fără însă a avea specificitate pentru tulburările de limbaj şi comunicare (Papalia, Olds, Feldman, 2010).

Scala APGAR măsoară cinci coordonate: **A**spect (colorit), **P**uls (ritm cardiac), **G**rimasă (iritabilitate reflexă), **A**ctivism (tonus muscular), **R**espirație, denumirea fiind un acronim.

Fiecărei coordonate i se atribuie maximum 2 puncte, ceea ce face ca scorul APGAR maxim să fie 10. Scorul APGAR se stabileşte imediat după naştere, la un minut şi la cinci minute, ceea ce creşte şansele de a face o predicție cu privire la dezvoltarea ulterioară a nou-născutului cel puțin în primul an de viață. Scala APGAR este considerată un instrument de screening (de depistare a posibilelor situații de risc la copii), iar nu un test diagnostic, astfel că rezultatele sunt oferite în termeni de predicție.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 29. Modalități de calcul al scorului APGAR (după Dalili, Nili, Sheikh, Hardani, Shariat, Nayeri, 2015).

Coordonate/ valori	Tonus muscular/activism (A)	Bătăi cardiace/puls (P)	Excitabilitate reflexă/grimasă * (G)	Culoarea tegumentelor/ aspect (A)	Mișcările respiratorii și țipătul (R)
0	hipotonie, musculatura este flască	absența bătăilor cardiace	nu reacționează	tegumente palide sau cianotice (albastre)	respirație absentă, nu plânge
1	câteva mișcări de flexie a extremităților	sub 100 de bătăi cardiace pe minut	face o grimasă	roz la nivelul trunchiului și cianotică (albastră) la extremități	mișcări respiratorii neregulate, plâns slab
2	prezența mișcărilor active, tonusul muscular e bun	peste 100 de bătăi cardiace pe minut	țipă, tușește sau strănută	tegument de culoare rozacee	mișcări respiratorii regulate, țipat sau plâns viguros

Scanned with OKEN Scanner

Excitabilitatea reflexă sau reflectivitatea este răspunsul nou-născutului la stimuli externi; se apreciază prin reacția la introducerea sondei în cavitatea nazală pentru dezobstrucția căilor respiratorii.

- Scorul APGAR între 7 şi 10 indică faptul că nou-născutul se află într-o stare bună de funcționare.
- Scorul APGAR între 4 şi 7 indică riscul nou-născutului de a dezvolta anumite tulburări, cu consecințe mai mult sau mai puțin ireversibile în planul dezvoltării.
- Scorul APGAR sub 3 evidențiază prezența unui risc foarte crescut de a dezvolta tablouri patologice, cu consecințe semnificative, ireversibile în planul dezvoltării.

Scala APGAR nu este un instrument a cărui valoare predictabilă să fie una nechestionabilă. De aceea, evaluarea copilului trebuie să se realizeze în mod constant. Prin urmare, medicul de familie este autoritatea care vine mereu în contact cu copilul şi părinții acestuia (fie la nevoie, fie cu ocazia realizării vaccinurilor obligatorii). În aceste condiții, pe lângă neonatolog, medicul de familie reprezintă principala sursă de monitorizare a evoluției copilului, acesta având rolul şi obligația de a-i semnaliza părintelui anumite particularități indezirabile din procesul de dezvoltare, particularități care se răsfrâng în mod negativ şi asupra achiziției limbajului.

Dalili, Nili, Sheikh, Hardani, Shariat, Nayeri (2015) au realizat un studiu comparativ între patru modalități de calcul al scorului APGAR, subliniind capacitatea de identificare a hipoxiei la naştere. Studiul s-a derulat pe un lot de 464 de copii cu o vârstă gestațională între 26 şi 40 de săptămâni. S-au calculat patru tipuri de scoruri APGAR: scorul convențional (are valori cuprinse în intervalul 0–10, aşa cum este detaliat în tabelul de mai sus), scorul specificat (are valori cuprinse în intervalul 0–10 şi notarea se realizează într-un tabel unde sunt detaliate caracteristicile pentru cele trei posibile scoruri, pe fiecare coordonată, adică 0, 1 sau 2), scorul extins (are valori între 0 şi 7 şi vizează date cu privire la oxigenul primit, la compresia pulmonară, la medicația oferită) şi scorul combinat (acest scor presupune

Scanned with OKEN Scanner

combinarea scorului specificat cu cel extins şi poate să aibă valori cuprinse între 0 şi 17. Scorul combinat a fost introdus în literatură de Rudiger şi Aguar, 2012 apud Dalili, Nili, Sheikh, Hardani, Shariat, Nayeri, 2015), în trei momente distincte (la un minut, la 5 minute şi la 10 minute după naştere). Studiul a fost unul comparativ şi a avut drept obiectiv evidenţierea modului în care cele patru tipuri de scoruri APGAR pun în evidenţă asfixia la naştere şi consecinţele neurologice ale acesteia. Datele obţinute prin calcularea celor patru tipuri de scoruri APGAR au fost comparate cu datele medicale obţinute separat de neonatologi (detalii despre naşterea copilului, despre manevrele medicale aplicate, despre hipoxia de la naştere etc.).

Rezultatele studiului comparativ au arătat că valoarea predictivă cea mai crescută pentru asfixia de la naştere şi implicaţiile neurologice o are scorul APGAR combinat, peste 90%. Acest studiu, în ciuda datelor tehnice medicale, subliniază pentru terapeutul limbajului faptul că modalităţile alternative de calculare a scorului APGAR pot fi soluţii viabile în vederea considerării acestuia sub aspectul depistării copiilor care au risc crescut de dezvoltare a tulburărilor de limbaj (survenite de obicei pe fond neurologic).

Prezentarea acestui studiu are drept scop reconsiderarea valorii scorului APGAR, în condiţiile în care forma convenţională de stabilire a scorului APGAR şi-a dovedit o capacitate predictivă mai redusă.

De asemenea, se recomandă, pe lângă utilizarea modalităţilor alternative de calculare a scorului APGAR şi completarea datelor prin aplicarea Scalei de Evaluare Neonatală a Comportamentului elaborată de Brazelton în 1973. În acest fel se asigură creşterea şanselor de a identifica mai acurat situaţiile cu risc şi de a găsi soluţii terapeutice adecvate.

Scala Neonatal Behavioral Assessment Scale

Scala de evaluare neonatală a comportamentului (Neonatal Behavioral Assessment Scale-NBAS) a fost elaborată de T. B.

Scanned with OKEN Scanner

Brazelton în anul 1973. Aceasta este un instrument care presupune evaluarea comportamentului nou-născutului în raport cu mediul de la 0 luni până la 2 luni. Instrumentul evaluează 28 de comportamente şi 18 reflexe. Fiecare comportament şi reflex sunt evaluate pe o scală de la 1 la 9, valoarea medie fiind valoarea care indică funcționarea adecvată. Scala nu oferă un scor global, acest aspect fiind dependent de foarte mulți factori, astfel că instrumentul este şi o modalitate de a învăța părintele că este foarte important să acorzi atenție comportamentului copilului, instrumentul ajutând părintele să cunoască punctele forte, comportamentele, punctele vulnerabile, preferințele nou-născutului (Brazelton, Nugent, 1995, Hawthorne, 2004).

Comportamentele evaluate pot fi grupate în următoarele subcategorii (Tronick, 1987, Brazelton, Nugent, 1995, Hawthorne, 2004):

• Obişnuirea/acomodarea cu diverşii stimuli vizuali şi sonori. Se urmăreşte astfel scăderea graduală a răspunsului la stimulare, până se atinge stadiul în care nou-născutul nu mai răspunde, ca o consecință a obişnuirii cu stimulul. Dacă obişnuirea cu stimulul nu apare, manevra este întreruptă după 10 repetări.

- Răspuns la lumină (stimularea se face cu lanterna);
- Răspuns la o jucărie care face zgomot (stimularea se face cu acea cutie în care sunt mici obiecte şi care mişcată face zgomot);
- Răspuns la clopoțel (stimularea se face cu ajutorul unui clopoțel);
- Răspuns la stimularea tactilă a tălpilor (stimularea se face cu spatula).

• Interacțiunea/orientarea (se urmăreşte interacțiunea nou-născutului cu examinatorul şi modul în care răspunde la stimulii auditivi şi vizuali animați şi inanimați).

- Stimul vizual animat (examinatorul îl fixează pe nou-născut cu privirea şi urmăreşte răspunsul acestuia);

Scanned with OKEN Scanner

- Stimul auditiv animat (examinatorul îi vorbeşte nou-născutului fără a fi în câmpul său vizual şi urmăreşte străduania acestuia de a localiza sursa sonoră);
- Stimul auditiv şi vizual animat (examinatorul îi vorbeşte nou-născutului fixându-şi privirea pe faţa acestuia);
- Stimul vizual inanimat (examinatorul aduce mingea în câmpul vizual al nou-născutului, o mişcă şi notează capacitatea nou-născutului de a fixa cu privirea mingea, chiar şi atunci când este mişcată prin faţa lui);
- Stimul auditiv inanimat (examinatorul face zgomot cu cutia cu mici obiecte în ea, fără a aduce cutia în câmpul vizual al nou-născutului; se urmăreşte aceeaşi capacitate a nou-născutului de a localiza sursa sonoră);
- Stimul auditiv şi vizual inanimat (examinatorul duce cutia cu care face zgomot în câmpul vizual al nou-născutului şi, în timp ce o deplasează de o parte şi de alta a nou-născutului, face zgomot).

• Sistemul motor;
- Se notează gradul de activare, de conştienţă a nou-născutului;
- Se notează tonusul muscular al nou-născutului;
- Se evaluează dezvoltarea motorie;
- Se notează reacţia survenită în momentul ridicării nou-născutului în poziţia şezând (se notează reacţia copilului şi străduania acestuia de a-şi susţine capul, precum şi tonusul musculaturii spatelui);
- Se evaluează abilităţile defensive (i se acoperă ochii cu un prosop şi se urmăresc reacţiile copilului, mişcările defensive ale acestuia, dacă mişcă stânga–dreapta capul, dacă ridică mâinile şi capul, dacă încearcă să scape de prosop);
- Se stabileşte nivelul de activism.

• Starea nou-născutului;
- Nivelul cel mai crescut de agitaţie;

Scanned with OKEN Scanner

- Rapiditatea de reorganizare, de revenire la starea obişnuită;
- Gradul de iritabilitate;
- Gradul de labilitate a manifestărilor nou-născutului.

• Autoreglarea (se realizează evaluarea atunci când nou-născutul plânge şi este agitat). În prima fază examinatorul îl ţintuieşte pe nou-născut cu privirea, îi vorbeşte, în timp ce îi vorbeşte îi pune mâna pe burtă, cuprinde în mâna lui mâinile nou-născutului, imobilizându-i-le pe piept, apoi trece şi la imobilizarea picioarelor dacă nou-născutul nu se opreşte din plâns. Se notează:

- Mişcări pentru a se ascunde de stimul;
- Gradul de obişnuire cu situaţia/consolare;
- Autocalmarea, autoreglarea, se opreşte singur din plâns;
- Duce mâna la gură.

• Aspectele implicite urmărite (autoreglările reflexe):

- Starea tremurândă;
- Tresăririle;
- Labilitatea culorii pielii;
- Zâmbetul.

• Itemii suplimentari:

- Calitatea gradului de activare/atenţie;
- Gradul în care oboseşte să-şi focalizeze atenţia;
- Facilitările examinatorului;
- Gradul de iritabilitate generală;
- Robusteţea, gradul în care îndură supunerea la stimuli;
- Autoreglarea;
- Răspunsurile emoţionale ale examinatorului.

Pentru stabilirea datelor cu privire la nivelul motor şi starea nou-născutului se poate recurge la dezvelirea şi dezbrăcarea nou-născutului şi notarea reacţiilor acestuia: eforturile pe care le

Scanned with OKEN Scanner

face pentru a se obişnui cu situaţia, schimbarea posturii, a stării, tipul şi calitatea mişcărilor spontane (Hawthorne, 2004).

Reflexele evaluate sunt inventariate după Brazelton şi Nugent, (1995):

- Reflexul plantar de prindere: dacă este stimulată zona plantară, apare tendinţa de a strânge degetele de la picioare. Acelaşi reflex este pus în evidenţă şi la mâini;
- Reflexul Babinski: este reflexul cutanat plantar declanşat prin stimularea tălpii piciorului cu un obiect. Reflexul se testează prin excitaţia plantei pe marginea externă laterală dinspre călcâi spre degete. Este reflexul de flexie dorsală a halucelui (degetul mare de la picior) atunci când este stimulată planta piciorului (Webb şi Adler, 2008);
- Reflexul gleznei: apar contracturi mici atunci când se împinge planta dorsal;
- Reflexul de bază sau de căutare: este un reflex bucal, apare prin stimularea obrazului sau a comisurilor bucale, reflexul constă în întoarcerea capului nou-născutului spre stimul. Datorită acestui reflex nou-născutul caută sânul sau biberonul pentru a se hrăni. Reflexul este prezent de la naştere şi dispare în jur de 3–6 luni. În cazul în care reflexul este absent sau sunt prezente tulburările de tonus muscular (hipotonia sau hipertonia), nou-născutul este hrănit cu dificultate (Webb şi Adler, 2008);
- Reflexul de supt: apare prin stimularea buzei inferioare cu degetul şi apoi introducerea degetului în cavitatea bucală a nou-născutului. Acest reflex completează reflexul de căutare. Reflexul dispare în jurul vârstei de 6–12 luni, transformându-se într-o mişcare voluntară de hrănire. Reflexul de supt nu se dezvoltă înainte de săptămâna a 32-a de sarcină. Astfel, la prematuri acesta poate să lipsească sau poate avea o manifestare slabă. Persistenţa reflexului după vârsta de 1 an poate indica prezenţa leziunilor cerebrale (Webb şi Adler, 2008);

Scanned with OKEN Scanner

- Glabella: apare prin stimularea repetitivă a frunții cu degetul şi constă în clipire (închiderea şi deschiderea repetitivă a ochilor). Acest reflex este prezent de la naştere şi se păstrează pentru tot restul vieții.
- Se notează mişcările pasive ale mâinilor şi picioarelor (picioarele sunt extinse apoi flexate de evaluator, din poziția de flexie sunt lăsate libere şi se notează tonusul muscular. Aceeaşi strategie de evaluare este aplicată şi la mâini);
- Reflexul palmar/prindere: apare atunci când examinatorul atinge cu degetul palma nou-născutului; acesta are tendința de a-şi închide mâna, prinzând degetul oferit;
- Reflexul de urcare: aducerea zonei tibiei nou-născutului în apropiere de o suprafață dură, de un colț de masă sau de pătuțul nou-născutului, angrenează ridicarea piciorului. Acest reflex apare de la naştere şi dispare foarte devreme, undeva în jurul a 6 săptămâni de viață;
- Reflexul de susținere: copilul este ținut în poziție verticală, astfel încât să atingă o suprafață dură cu vârful picioarelor, poziție care angrenează flexia picioarelor. Se evaluează gradul în care poate să-şi țină greutatea. Este anormal dacă persistă după vârsta de 4 luni (Webb şi Adler, 2008);
- Reflexul de mers: dacă nou-născutul este susținut de brațe din poziția de evaluare a reflexului de susținere, înclinând corpul copilului un pic în față, pot să apară primii paşi. Acest reflex dispare în jurul vârstei de 2 luni, odată cu creşterea în greutate;
- Reflexul de târâre: poate fi observat atunci când puneți copilul pe burtică. Acesta îşi va ridica puțin capul şi va încerca să se târască;
- Reflexul Galant: atunci când este stimulată zona coloanei vertebrale apare tendința de curbare a spatelui la nou-născut. Boltirea se produce de obicei spre stimul. Boltirea în sensul celălalt înseamnă dorința copilului de a evita stimulul. La majoritatea nou-născuților răspunsul este prezent bilateral.

Scanned with OKEN Scanner

Răspunsurile unilaterale au fost asociate cu pareză cerebrală. Reflexul dispare la două luni, dar persistă în atetoză (Webb şi Adler, 2008);

- Reflexul Moro — este unul dintre cele mai studiate şi cele mai cunoscute reflexe. Este prezent la aproape toți nou-născuții, excepție sunt cei prematuri. La coborârea bruscă a copilului se observă abducția rapidă şi simetrică în sus a brațelor, palmele se deschid, urmat de adducția rapidă şi simetrică a brațelor. Membrele inferioare sunt extinse şi apoi flectate. Acest reflex dispare la 4 luni, dacă persistă este asociat cu pareză cerebrală şi cu retard mental. Acest reflex este mai puțin predictiv pentru leziuni cerebrale decât reflexul tonic cervical asimetric (Webb şi Adler, 2008);
- Reflexul tonic cervical simetric şi asimetric — reflexul tonic cervical asimetric apare când nou-născutul este aşezat pe spate, capul lui este întors într-o parte, membrele de pe partea unde capul îi este întors sunt în extensie, iar cele de pe partea opusă sunt în flexie. Testarea reflexului: specialistul întoarce capul copilului la 180° într-o parte şi observă mişcările extremităților. Apoi capul se întoarce înapoi şi se ține în această poziție 5 secunde. Această manevră se repetă de 5 ori în fiecare parte. Dacă reflexul persistă după vârsta de 8–9 luni, este posibil să indice prezența unei leziuni cerebrale. Reflexul tonic cervical simetric se aseamănă cu cel asimetric, dar capul copilului este flectat şi extins în loc să fie întors lateral. Răspunsul normal: atunci când capul este extins brațele se extind şi picioarele sunt flectate. Din flexia capului rezultă extensia picioarelor şi flexia brațelor. Absența acestui reflex la 5–6 luni sau persistența reflexului după vârsta de un an este un simptom al unei leziuni cerebrale (Webb şi Adler, 2008);
- Reflexul de nistagmus: constă în mişcări ale globilor oculari atunci când nou-născutul este pus să țintească obiecte cu privirea.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea trebuie să aibă loc într-o încăpere în care nu este zgomot, unde lumina nu este puternică, iar temperatura camerei trebuie să fie de 25°–26°, mediu care să îi permită nou-născutului să reacționeze adecvat la stimulările oferite de examinator (Hawthorne, 2004). Manipularea nou-născutului trebuie să se realizeze şi aplicând reguli stricte de igienă a mâinilor, precum şi a trusei de examinare cu care se lucrează. Trusa conține o lanternă, o cutie de plastic în care sunt obiecte mici şi care ajută la crearea de zgomot, un clopoțel, o spatulă şi o minge mică, roşie, de plastic (Hawthorne, 2004).

Evaluarea trebuie să aibă loc între mesele nou-născutului, iar scopul evaluării este acela de a evidenția comportamentele favorabile ale nou-născutului, ceea ce înseamnă că examinatorul trebuie să demonstreze flexibilitate, răbdare şi ingeniozitate. Examinarea nu durează mai mult de 20–25 de minute. Este important de subliniat faptul că pregătirea specialiştilor în utilizarea acestui instrument este un proces de durată şi se realizează după reguli foarte clare, pentru a asigura un nivel crescut de încredere în datele colectate (Brazelton, Nugent, 1995; Hawthorne, 2004).

Pe parcursul evaluării trebuie să se țină cont de stadiile de conştiență în care se poate afla nou-născutul (Dubowitz, Dubowitz, Mercuri, 1999):

- primul stadiu — este stadiul de somn profund, un stadiu în care respirația este ritmică, nu apar mişcări oculare pe parcursul somnului sau mişcări corporale, ci doar, uneori, scurte secvențe în care nou-născutul tresare;
- stadiul doi — este stadiul de somn uşor, un stadiu caracterizat prin respirație aritmică, precum şi mişcări ale globilor oculari;
- stadiul trei este de **somnolență** — un stadiu specific fie înainte de somn, fie la trezire, ochii nou-născutului sunt deschişi, apar mişcări corporale;
- stadiul **patru** — este caracterizat printr-un crescut nivel de vigilență, acum nou-născutul are ochii deschişi şi poate ținti

Scanned with OKEN Scanner

cu privirea un stimul pentru câteva secunde, nu apare activitatea motorie. Este stadiul de care examinatorul trebuie să profite pentru a stabili o relație de interacțiune cu nou-născutul;

- stadiul cinci — ochii sunt deschişi, activitatea motorie este accentuată, apar chiar secvențe de vocalizare;
- stadiul şase — ochii sunt deschişi, activitatea motorie se intensifică, plânge, culoarea pielii se intensifică, nou-născutul este greu de liniştit în acest stadiu.

Observația clinică şi evaluarea acomodării cu stimulii se realizează în stadiile 1 şi 2 de conştiență. Evaluarea motorie, vestibulară şi a interacțiunii sociale se realizează în stadiile 3, 4 şi 5. Evaluarea autoreglării şi a răspunsului la consolare se realizează în stadiul 6 (Brazelton, Nugent, 1995; Hawthorne, 2004).

Utilizarea NBAS este una extinsă. Astfel, prezentăm în continuare câteva studii relevante prin care se subliniază eficiența scalei, în demersul de depistare timpurie a eventualelor tulburări şi dizabilități cu care copilul se confruntă, dar şi valoarea predictivă a scalei, în ceea ce priveşte evoluția ulterioară a copilului:

- Canals, Hernández–Martínez, Esparó şi Fernández–Ballart (2011) au condus un studiu prin care au demonstrat valențele predictive ale NBAS în raport cu dezvoltarea psihomotorie a copilului, cu dezvoltarea cognitivă şi cu dezvoltarea vizual-motorie şi atențională. Aceştia au arătat că stabilirea nivelului general de iritabilitate al nou-născutului imediat după naştere corelează cu nivelul de funcționare cognitivă la 12 luni; abilitatea de autoreglare stabilită imediat la naştere este un bun predictor pentru dezvoltarea psihomotorie şi dezvoltarea verbală la 4 şi 12 luni, dar şi un bun predictor pentru dezvoltarea cognitivă globală la 6 ani; abilitățile de orientare neonatale corelează cu abilitățile vizual-motorii şi cu abilitățile de focalizare a atenției la vârsta de 6 ani. Prin acest studiu se evidențiază valoarea predictivă a datelor colectate cu ajutorul NBAS.

Scanned with OKEN Scanner

• Costa, Figueiredo, Tendais, Conde, Pacheco, Teixeira (2010) au condus un studiu pe un lot configurat din 213 copii portughezi. NBAS a fost utilizat în evaluarea copiilor în prima săptămână după naştere şi în săptămâna a 17-a după naştere. Rezultatele au demonstrat că pentru a obține o mai mare consistență internă a scalei trebuie realizate câteva adaptări ale instrumentului pentru populația portugheză. Acest studiu subliniază importanța componentei culturale în evaluarea nou-născutului.

• Ohgi, Gima şi Akiyama (2006) au realizat un profil de dezvoltare a 63 de nou-născuți prematuri utilizând NBAS. Lotul de nou-născuți participanți la studiu a fost grupat în două subcategorii: categoria celor care prezintă scoruri crescute la plâns şi categoria celor care prezintă scoruri scăzute la plâns. Evaluarea cu ajutorul NBAS a avut loc în prima zi după ce s-a împlinit perioada de gestație completă. În urma evaluării s-a concluzionat că nou-născuții care prezentau scoruri înalte la **plâns** au obținut rezultate scăzute la itemii de acomodare cu stimulii şi la itemii de reglare a stării (nivelul cel mai crescut de agitație; rapiditatea de reorganizare, de revenire la starea obişnuită; gradul de iritabilitate; gradul de labilitate a manifestărilor nou-născutului). Acest studiu a subliniat utilitatea NBAS pentru a creiona profilul de dezvoltare al nou-născutului, facilitând înțelegerea comportamentului de către părinte, dar mai ales identificarea de strategii care să minimalizeze hipersensibilitatea nou-născuților şi să crească capacitatea acestora de adaptare la mediu şi de autoreglare a manifestărilor.

DE REȚINUT!

Înțelegerea comportamentului nou-născutului și a copilului de către părinte este un aspect foarte important. În acest sens, facem referire la „spasmul hohotului de plâns (breath holding spells în engleză)", o manifestare sindromică frecvent întâlnită la copii, mai ales în intervalul 6-18 luni de viață. Această tulburare presupune crize majore de plâns,

Scanned with OKEN Scanner

copilul nu se oprește din plâns intervale lungi de timp, nu poate respira, pielea, tegumentele i se albăstresc, își pierde cunoștința și uneori poate manifesta și crize convulsive (aceasta este forma albastră a spasmului), țipă, pălește, leșină, cade și repede își revine (forma palidă a spasmului). Aceste manifestări îi sperie foarte tare pe părinți și pot avea consecințe grave asupra dezvoltării globale a copilului (chiar și asupra limbajului). Spasmul apare ca urmare a unei frici puternice, a sentimentului de frustrare sau după o interdicție care îl supără.

Lal, Lal, Siddiqui, Jamro, Jamro (2014) au realizat un studiu epidemiologic de amploare și au indicat câteva repere demografice cu privire la spasmul hohotului de plâns: frecvența tulburării este mai mare la băieți (3 băieți la 2 fete), incidența spasmului este cel mai adesea o dată pe săptămână, în istoricul familial nu apar neapărat astfel de tulburări, tulburarea dispare în 50% dintre cazuri după vârsta de 5 ani; după administrarea de medicație anticonvulsivă nu s-au identificat îmbunătățiri majore (deși 60% dintre cei cuprinși în studiu au beneficiat de acest tip de medicație), iar celor cărora li s-au realizat investigații medicale de tipul electroencefalogramei nu li s-au pus în evidență modificări în funcționalitatea electrică a creierului (peste 20% dintre cei cuprinși în studiu).

Studiul subliniază importanța învățării de către părinte a unor strategii de management adecvat al crizelor de spasm, tratarea cu stăpânire de sine a acestor episoade, acordarea de ajutor adecvat copilului în aceste situații (se recomandă a se recurge la ajutor medical dacă starea de inconștiență a copilului este mai lungă de 5 minute).

Importantă este însă cunoașterea de către părinte a comportamentului copilului, pentru a putea gestiona în mod adecvat aceste situații, care, constatăm, au o incidență destul de crescută în populația infantilă (4–5% dintre copii manifestă spasmul hohotului de plâns).

• Ohgi, Arisawa, Takahashi, Kusumoto, Goto, Akiyama şi Saito (2003) au condus un studiu pe un lot format din 209 copii prematuri din Spitalul Nagasaki, Japonia, studiu focalizat asupra evidențierii valorii predictive a NBAS pentru copiii cu risc de a dezvolta

Scanned with OKEN Scanner

tablouri de dizabilitate. Rezultatele studiului au facilitat gruparea copiilor participanți la cercetare în trei categorii: copii cu dezvoltare tipică, copii cu dizabilități ușoare și copii cu dizabilități severe. Asociind rezultatele obținute în urma aplicării NBAS cu cele trei categorii de copii, s-au obținut următoarele corelații: rezultatele scăzute la itemii care privesc componenta motorie și de orientare corelează cu cele două categorii de copii cu dizabilitate (ușoară și moderată); rezultatele scăzute la itemii care privesc starea copilului corelează cu categoria de copii cu dizabilități ușoare; rezultatele scăzute la itemii care privesc reflexele corelează cu categoria de copii cu dizabilități severe. Încadrarea corectă în cele trei categorii a fost stabilită în următoarele proporții: copii cu dezvoltare tipică — 94–97%, copii cu dizabilități ușoare — 50–78%, copii cu dizabilități severe — 71–85%. Se poate observa că NBAS poate să identifice cel mai corect copiii cu dezvoltare tipică, acest instrument fiind unul de depistare doar a acelora cu risc de a dezvolta tablouri de dizabilitate, și nu un instrument diagnostic. În aceste condiții, trebuie subliniată nevoia de a îngemăna evaluarea cu ajutorul NBAS și cu evaluarea medicală de specialitate, dar și cu o monitorizare susținută a copiilor, pentru a putea găsi bune soluții diagnostice și terapeutice cât mai de timpuriu.

Tronick (1987) subliniază faptul că această modalitate de evaluare este una a cărei eficiență s-a dovedit, însă ea are și o serie de limite. Cele mai pregnante limite sunt cele care țin de factorii de mediu care pot interveni și pot influența rezultatele obținute. În aceste condiții, se recomandă realizarea unor evaluări repetate, diversificarea instrumentarului și, dacă apar manifestări care ridică suspiciuni, se impune și o examinare neurologică.

Evaluarea reflexelor nou-născutului reprezintă, astfel, o altă importantă sursă de informații cu privire la achiziția limbajului, foarte de timpuriu. Webb și Adler (2008) realizează o descriere a principalelor reflexe ale trunchiului (reflexul tonic al labirintului, reflexul

Scanned with OKEN Scanner

de susținere, reflexul tonic cervical simetric, reflexul tonic cervical asimetric, reflexul segmental de rotație, reflexul Galant și reflexul Moro) și reflexe orofaringiene (reflexul de căutare sau de bază, reflexul de supt, reflexul de deglutiție/înghițire, reflexul limbii, reflexul de mușcare, reflexul de vomă), notând importanța acestora în identificarea copiilor cu risc de a dezvolta tulburări de limbaj, precum și în diagnosticarea de timpuriu a celor care prezintă tablouri evidente de tulburări de limbaj, apărute de obicei pe fondul paraliziilor cerebrale. Nuanțând problematica reflexelor, mai ales a reflexelor arhaice, a acelor reflexe care se dezvoltă încă din perioada intrauterină și au o evoluție importantă în perioada primului an de viață, Webb și Adler (2008, pp. 197–198) subliniază prezența unei relații semnificative între persistența sau neapariția reflexelor arhaice și disfuncțiile cognitive sau neurologice după vârsta de un an și la vârstele mai mari, precum și faptul că acestea pot asigura pentru terapeuții limbajului realizarea unui real diagnostic diferențial între tulburările cu substrat neurologic și cele care nu au acest substrat neurologic foarte de timpuriu. Având în vedere acest aspect, considerăm că importanța evaluării reflexelor arhaice este una evidentă pentru problematica întârzierii în dezvoltarea limbajului.

O parte dintre aceste reflexe au fost prezentate mai sus, acelea fiind înglobate de Brazelton în Scala de Evaluare Neonatală a Comportamentului. Prin urmare, vor fi detaliate doar acele reflexe care mai sus nu au fost prezentate.

Reflexul tonic al labirintului

Poziția extremităților se schimbă cu poziția capului din cauza schimbărilor care se produc la nivelul labirintului sistemului vestibular (care răspunde de echilibru). Evaluarea reflexului: se realizează în două poziții și se notează schimbările de tonus și de postură:

- în supinație: în cazul în care capul copilului este flectat la 45°, ca răspuns normal vor fi flectate și membrele, iar dacă se extinde capul, se extind și membrele.

Scanned with OKEN Scanner

– în pronație: flexia capului este urmată de flexia membrelor inferioare.

Răspuns anormal: picioarele devin atât de rigide, încât atunci când copilul este pus în poziție şezând, el nu se poate aşeza din cauza contracției muşchilor şi va sta în picioare.

Reflexul de rotație

Copilul este aşezat pe spate, întoarcerea capului copilului de către adult va produce o reacție prin care copilul încearcă să-şi întoarcă tot corpul, astfel încât doar o parte a corpului se mişcă la un moment dat. Aceste mişcări necesită un efort minim. Un răspuns anormal este atunci când copilul îşi întoarce corpul simultan, fără control segmental. Evaluarea reflexului: copilul este aşezat pe spate. Prima dată copilul este întors de la cap, apoi de la picioare. În al doilea caz, piciorul trebuie flectat înainte de întoarcerea copilului.

Reflexul de deglutiție

Reflexul de deglutiție este prezent de la naştere şi se păstrează pentru tot restul vieții. Reflexul face parte din categoria reflexelor digestive, alături de reflexul de bază, reflexul de supt, reflexul limbii şi reflexul de muşcare. Procesul de deglutiție implică musculatura de la nivelul cavității bucale, musculatura limbii şi a faringelui. Este dependent de realizarea unor mişcări coordonate precis, ceea ce înseamnă că tulburările de înghițire sunt foarte buni indicatori ai leziunilor cerebrale. Având în vedere acest reflex, apare pregnant faptul că abordarea tulburărilor de înghițire şi din perspectiva terapeutului limbajului este îndreptățită.

Reflexul limbii

Acest reflex este prezent de la naştere şi dispare în perioada vârstei de 12–18 luni. Este considerat parte din reacția supt-înghițit. Reflexul constă în presarea de către nou-născut cu limba a buzei inferioare, printr-o uşoară mişcare de protuzie a limbii.

Scanned with OKEN Scanner

După vârsta de 18 luni prezența reflexului este considerată ca semn al unei disfuncții neurologice şi are implicații asupra achiziției limbajului oral.

Reflexul de muşcare

Reflexul de muşcare este prezent de la naştere şi dispare în perioada vârstei de 9–12 luni, moment în care este înlocuit de un pattern de masticație voluntar. Reflexul poate fi exagerat sau absent la copiii cu leziuni cerebrale, acest lucru interferând cu hrănirea şi îngrijirea dentară. De asemenea, reflexul poate avea implicații majore asupra structurării limbajului.

Reflexul de vomă

Reflexul de vomă este prezent de la naştere şi persistă de-a lungul întregii vieți. Reflexul poate fi angrenat prin aplicarea unui stimul în partea posterioară a limbii sau pe peretele posterior al faringelui. Prin aplicarea acelui stimul se cauzează o închidere velofaringiană rapidă, această reacție fiind însoțită de deschiderea gurii, extensia capului, ridicarea laringelui şi a diafragmei. Acest reflex serveşte ca mecanism de apărare a esofagului. Copiii cu leziuni cerebrale prezintă o exagerare a acestui reflex, în timp ce în cazul tulburărilor ataxice reflexul se manifestă deficitar.

Persistența reflexelor orale după vârsta de 12–18 luni poate avea consecințe semnificative asupra structurării deficitare a limbajului. Astfel, evaluarea reflexelor poate să ajute la formularea unei decizii de introducere a sistemelor alternative şi augmentative de comunicare, în locul limbajului oral (Webb, Adler, 2008).

O altă întrebare importantă este cea legată de momentul în care suportul general, caracterizat, aşa cum a fost descris mai sus, printr-o evaluare şi monitorizare susținută îndeaproape a nou-născutului, se intensifică.

Intensificarea suportului general se poate asigura având drept reper asocierea dezvoltării motorii cu achizițiile din planul

Scanned with OKEN Scanner

limbajului. Cu alte cuvinte, evaluarea abilităților psihomotorii și stimularea achiziției limbajului concretizează intensificarea suportului general.

Primele trei relații de asociere a componentei motorii cu cea lingvistică, cele mai importante de pe parcursul primului an de viață, sunt abordate după Iossifova (2014):

Prima relație se referă la asocierea dintre poziția șezând, eliberarea mâinilor și mișcările ritmice la nivelul mâinilor, în planul motor, și apariția gânguritului, a lalației, în planul lingvistic-comunicațional. Această relație poate fi delimitată la vârsta de 6 luni, prelungirea momentului de asociere a acestor achiziții putând fi extinsă până la 8 luni, moment după care orice abatere de la normă este considerată a fi semn al prezenței unei tulburări, a unei dizabilități.

Potrivit acestei relații, prima manifestare a întârzierii în dezvoltarea limbajului poate fi considerată aceea în care, la vârsta de 6 luni, nou-născutul nu prezintă lalație sau lalația este săracă și cu manifestare episodică, sporadică. Întârzierea în dezvoltarea limbajului este mai degrabă de natură motorie, așa cum ea rezultă din cele subliniate mai sus.

A doua relație se referă la apariția gesturilor de recunoaștere, din planul motor, și asocierea acestora cu înțelegerea/comprehensiunea primului cuvânt. Această relație se materializează în jurul vârstei de 8 luni, perioada de manifestare putând fi prelungită până la un an, moment după care implicațiile patologice pot fi deja stabilite. Evaluatorul poate observa manifestarea acestei relații prin angrenarea copilului într-o secvență de joc sau prin observarea comportamentului acestuia.

Potrivit acestei relații, întârzierea în dezvoltarea limbajului după vârsta de 8 luni este una de natură senzorială. Lipsa de manifestare a înțelegerii verbale poate fi și semn al dizabilității intelectuale, al dizabilității auditive, al tulburărilor de procesare auditivă sau al disfuncțiilor cerebrale, ceea ce înseamnă că, din acest moment, nu numai că se poate aduce în discuție problema întârzierii în dezvoltarea

Scanned with OKEN Scanner

limbajului, ci se pot crea şi reale premise pentru diagnosticul diferenţial, ceea ce înseamnă că evaluarea logopedică trebuie susţinută şi de o evaluare audiologică, psihologică şi neurologică.

A treia relaţie presupune asocierea gesturilor de recunoaştere, a gestului protodeclarativ (gest care presupune mişcarea de indicare, în engleză „pointing"), a ridicării în poziţie verticală (copilul merge independent, face primii paşi), cu articularea primului cuvânt. Această relaţie se materializează la vârsta de 1 an, copilului oferindu-i-se un răgaz de 4 luni pentru a considera încă întârzierea în materializarea acestei relaţii o simplă particularitate de dezvoltare. După vârsta de 1 an şi 4 luni, lipsa primelor cuvinte şi/sau a mersului independent ridică suspiciuni cu privire la funcţionalitatea şi integritatea cerebrală, paralizia cerebrală fiind prima condiţie patologică ce trebuie a fi exclusă, în urma unei evaluări neurologice.

Întârzierea în dezvoltarea limbajului din acest moment poate fi delimitată pe cele două subcategorii (ASHA, 2015a):

- întârziere în dezvoltarea vorbirii — include tulburări de pronunţie, tulburări de voce şi tulburări de ritm şi fluenţă;
- întârziere în dezvoltarea limbajului — tulburări de înţelegere şi de exprimare (utilizează puţine cuvinte), tulburări gramaticale (morfosintactice, nu utilizează conectori gramaticali sau nici nu ajunge să utilizeze structuri de cel puţin două cuvinte), tulburări social-pragmatice (nu are prieteni, nu comunică cu cei din jur, nu înţelege regulile conversaţionale simple).

Necesitatea realizării unui diagnostic diferenţial acurat între o posibilă întârziere în dezvoltarea limbajului şi alte tipuri de dizabilităţi, mai ales dizabilitatea auditivă, reprezintă un element foarte important şi în această etapă.

ASHA (2015a) chiar subliniază următoarele semne ca fiind important de luat în considerare de timpuriu, pentru a putea identifica cât mai devreme o eventuală pierdere de auz:

- copilul nu acordă atenţie sunetelor din jur (în intervalul 0–1 an);

Scanned with OKEN Scanner

- nu răspunde atunci când este strigat (în intervalul 7 luni–1 an);
- nu poate urmări şi materializa instrucţiunile simple (în intervalul 1–2 ani);
- prezintă întârziere de vorbire şi limbaj (în intervalul 0-3 ani).

DE REŢINUT!

Având în vedere aceste date, primul an de viaţă al copilului reprezintă un interval de timp care nu trebuie trecut cu vederea atunci când se pune problema unei întârzieri în dezvoltarea limbajului. Chiar dacă perioada preverbală se extinde până la 2 ani (0–2 ani), aceasta nu înseamnă că diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului se stabileşte doar după vârsta de 2 ani, de unde rezultă că abordarea limbajului în aceşti termeni creează reale premise pentru intervenţia timpurie, dar mai ales pentru materializarea unui real demers de prevenţie a tulburărilor de limbaj şi comunicare.

Ultima întrebare care priveşte relaţia dintre suportul general, suportul intensificat şi abordarea specifică, specială, este cea referitoare la delimitarea momentului în care copilul beneficiază de suport specific. Când ar trebui să se intervină cel mai devreme, având în vedere creionarea tabloului de întârziere în dezvoltarea limbajului?

Monitorizarea copilului având în vedere reperele deja stabilite creează şi premisele intervenţiei timpurii, imediat ce s-a evidenţiat întârzierea în dezvoltare.

Aceste premise pot fi garantate şi de o evaluare specifică. În acest sens, se recomandă utilizarea Scalei *Communication Matrix* (Matricea comunicării).

Communication Matrix

Aceasta este un instrument de evaluare care vizează tocmai perioada preverbală, delimitând cele patru mari funcţii ale limbajului (exprimarea refuzului, implicarea în acţiuni, solicitarea şi oferirea de informaţie, interacţiuni sociale), consonant cu cercetările

Scanned with OKEN Scanner

lui Light, 1988 (apud Rowland, 2012), pe marginea celor 7 etape de construcție lingvistică (abordarea construcției abilităților de comunicare se realizează în perspectiva abordării pragmatice a limbajului, Bates, 1979; Bates Benigni, Bretherton, Camaioni şi Volterra, 1979 apud Rowland 2012):

- etapa comportamentelor preintenționate (0–3 luni);
- etapa comportamentelor intenționate (3–8 luni);
- etapa comunicării neconvenționale (6–12 luni);
- etapa comunicării convenționale (12–18 luni);
- etapa comunicării prin simboluri concrete (12–24 de luni);
- etapa comunicării prin simboluri abstracte (18–24 de luni);
- etapa de combinare a simbolurilor, comunicarea prin limbaj (ca formă de abstractizare cea mai înaltă a comunicării) — după 24 de luni.

Cele şapte etape pot fi reduse la:

- comunicarea presimbolică (comunicarea îşi îndeplineşte rolul cu ajutorul comportamentelor motorii şi verbale, stadiile I-IV);
- comunicarea simbolică (comunicarea îşi îndeplineşte rolul cu ajutorul simbolurilor — imagini, simboluri tridimensionate, limbajul semnelor, vorbire — stadiile V-VII).

Comportamentele comunicaționale sunt grupate, potrivit *Communication Matrix*, în 9 categorii (Rowland, 2004a, 2004b):

- mişcări ale corpului;
- sunete biologice;
- expresii faciale;
- focalizări ale privirii;
- gesturi simple;
- gesturi convenționale şi vocalizări;
- simboluri concrete;
- simboluri abstracte;
- limbaj.

Communication Matrix este un instrument care permite delimitarea specificului abilităților comunicaționale. Aceasta a fost

Scanned with OKEN Scanner

elaborată în anul 1990 de dr. Charity Rowland, fiind revizuită în anul 1996 şi în anul 2004. *Communication Matrix* propune şi o variantă de completare electronică, disponibilă doar în limba engleză, variantă ce poate fi accesată pe site-ul www.communicationmatrix.org (Rowland, 2004a, 2004b).

În anul 2013, *Communication Matrix* varianta pentru specialişti, iar în anul 2014 şi varianta pentru părinți a fost tradusă în limba română de Carolina Bodea Hațegan şi Dorina Talaş (Departamentul de psihopedagogie specială, Facultatea de Psihologie şi Ştiințe ale Educației, Universitatea Babeş-Bolyai), putând fi consultate şi descărcate gratuit de pe site-ul mai sus indicat, în secțiunea „New Translations (Noi traduceri)".

Instrumentul poate fi utilizat indiferent de tipul de dizabilitate a copilului evaluat şi indiferent de vârsta sa cronologică, acesta delimitând practic stadialitatea achiziționării abilităților comunicaționale specifice dezvoltării tipice din intervalul 0–2 ani. Pentru că instrumentul presupune şi încorporarea posibilităților alternative şi augmentative de comunicare, acesta se adresează şi cazurilor de dizabilități severe şi multiple.

Communication Matrix poate fi utilizată şi în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului, aceasta putând indica şi direcțiile de intervenție terapeutică. Corespondența dintre stadiul lingvistic, comportamentul comunicațional şi obiectivul terapiei poate fi exemplificată în tabelul 30 (datele au fost preluate din *Communication Matrix* pentru specialişti, varianta tradusă în limba română, p. 8[1]).

Completarea scalei presupune fie o bună cunoaştere/observare a copilului, fie utilizarea datelor oferite de părinți, aparținătorii copilului. Datele colectate pot fi condensate sub forma unui profil de dezvoltare, profil în care sunt indicate pe culori achizițiile copilului:

- celulele albastru-deschis indică stadiul neatins;
- celulele galbene indică stadiul în curs de achiziție;

[1] Datele au fost preluate cu acordul autoarei Communication Matrix, Charity Rowland, PhD, căreia îi adresăm sincere mulțumiri.

Scanned with OKEN Scanner

- celulele albe, haşurate, indică stadiul achiziționat, depăşit (practic acel stadiu este haşurat şi completarea profilului va fi făcută începând cu stadiul următor);
- celulele albastru-închis indică stadiul achizițiilor bine însuşite şi stăpânite.

Tabelul 30. Ilustrarea aplicabilității Communication Matrix **în procesul terapeutic.**

Stadiul lingvistic	Comportamentul comunicațional	Obiectivul terapeutic
I. Comportament preintenționat	Comportament preintenționat sau reflex care exprimă starea subiectului. Starea (de exemplu: foame, este ud) este interpretată de persoana care îl îngrijește.	Stabilirea unor comportamente intenționate prin crearea unui mediu receptiv.
II. Comportament intenționat	Comportamentul este intenționat, dar nu este în mod intenționat exprimat verbal. Acesta determină schimbarea comportamentului persoanei care îl îngrijește, deoarece ea deduce intenția copilului.	Răspundeți la potențiale comportamente de comunicare astfel încât copilul să devină conștient de scopul lor comunicativ.
III. Comunicare neconvențională	Gesturile neconvenționale sunt folosite cu intenția de a schimba comportamentul persoanei care îl îngrijește.	Modelați/schimbați gesturile neconvenționale în gesturi convenționale și/sau vizați utilizarea simbolurilor.
IV. Comunicare convențională	Gesturile convenționale sunt folosite pentru a schimba comportamentul persoanei care îl îngrijește. Copilul prezintă „orientare dual㔠.	Învățați corespondența 1:1 între simboluri (concrete sau abstracte) și referenți.
V. Simboluri concrete	Folosirea limitată a simbolurilor concrete pentru a reprezenta diferite obiecte/persoane. Corespondența 1:1 între simbol și referent.	Învățați corespondența 1:1 între simboluri abstracte și referenți.
VI. Simboluri abstracte	Folosirea limitată a simbolurilor abstracte pentru a reprezenta obiecte/persoane. Simbolurile sunt folosite pe rând.	Învățați combinarea simbolurilor cu ajutorul unor enunțuri de două-trei simboluri.
VII. Limbaj	Utilizează un sistem de simboluri respectând reguli. Ordonează combinații de 2-3 simboluri în conformitate cu convențiile sintactice.	Extindeți abilitățile sintactice și semantice.

Scanned with OKEN Scanner

Deşi *Communication Matrix* nu este un test de evaluare, calităţile sale psihometrice, evidenţiate de Rowland (2012), subliniază valoarea instrumentului. Astfel, *Communication Matrix* are un crescut nivel de sensibilitate la schimbare (acesta putând fi utilizat şi în cazurile de dizabilităţi multiple severe, cu progrese minime), datele obţinute în urma unei evaluări sunt valabile pentru două–cinci săptămâni de la evaluare, iar utilizarea multiplilor evaluatori a demonstrat un nivel crescut de echivalenţă a datelor obţinute (90%).

Pe populaţia românească au fost conduse două studii în care s-au materializat datele colectate cu ajutorul *Communication Matrix*, un studiu focalizat pe problematica tulburărilor din spectrul autist (Bodea Haţegan, Talaş, 2014a) şi un studiu focalizat pe asocierea tulburării din spectrul autist cu bilingvismul (Bodea Haţegan, 2014b). Ambele studii au subliniat valoarea diagnostică, precum şi componenta terapeutică a instrumentului.

DE REŢINUT!

Având în vedere datele oferite prin completarea profilului de dezvoltare a abilităţilor de comunicare, în urma administrării Scalei Communication Matrix, se poate concluziona că demersul de prevenţie şi intervenţia timpurie în contextul copilului cu dizabilităţi sau al copilului cu risc de a dezvolta tulburări de limbaj se poate realiza încă din momentul naşterii.

ASHA (2015b) indică intervalul de vârstă 24–30 de luni ca fiind un interval foarte sensibil pentru ceea ce înseamnă achiziţia limbajului. Astfel, se subliniază faptul că, dacă până la vârsta cronologică de 30 de luni copilul nu a dobândit semnificative achiziţii în sfera limbajului, este evident că nici după acest interval de vârstă rata achiziţiilor nu va fi cu mult diferită, ceea ce înseamnă că întârzierea în dezvoltarea limbajului va fi din ce în ce mai serioasă, diferenţele dintre copil şi ceilalţi de vârsta lui vor fi din ce

Scanned with OKEN Scanner

în ce mai pregnante, iar recuperarea se va realiza cu mai mult efort terapeutic.

Următoarea întrebare care ordonează circumscrierea conceptului de întârziere în dezvoltarea limbajului este: „În ce măsură există suprapuneri între întârzierea în dezvoltarea limbajului şi alte încadrări diagnostice, precum cel de dislalie fiziologică, dislalie propriu-zisă sau afazie congenitală. Dacă abordarea întârzierii în dezvoltarea limbajului are ca limită temporală apariția primelor semne diagnostice, stabilită în imediata apropiere a momentului naşterii, este important de stabilit şi limita temporală care exclude această încadrare diagnostică.

Referirile din literatura de specialitate legate de întârzierea în dezvoltarea limbajului şi vârsta maximă până la care se poate vorbi despre această încadrare diagnostică se opresc în jurul vârstei de 6–7 ani, moment în care copilul merge la şcoală şi, pe lângă tulburările de limbaj oral, ajunge să se confrunte cu tulburări la nivelul limbajului scris-citit.

Prin urmare, întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi păsuită doar până când copilul începe şcoala, adică în perioada grădiniței, după acest moment, dacă simptomatologia persistă, se recomandă o nouă evaluare şi încadrare diagnostică.

ASHA (2015b) subliniază importanța abordării cât mai de timpuriu a întârzierii în dezvoltarea limbajului, în vederea favorizării evoluției pozitive ulterioare. Prin urmare, nici nu se discută problematica vârstei maxime până la care se poate stabili diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului atâta timp cât prevenția şi abordarea timpurie ar trebui să fie cuvintele de ordine pentru circumscrierea deficitelor, perturbațiilor ritmului în achiziția limbajului.

DE REȚINUT!

Concluzionând în ceea ce privește abordarea conceptuală a termenului de întârziere în dezvoltarea limbajului, se poate sublinia faptul că:

Scanned with OKEN Scanner

- întârzierea în dezvoltarea limbajului are caracter temporal;
- diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului se poate stabili încă din momentul nașterii;
- stabilirea diagnosticului reclamă referirea la normele stabilite pentru dezvoltarea tipică;
- întârzierea în dezvoltarea limbajului presupune o abordare conjugată, la nivelul unei echipe interdisciplinare;
- diagnosticul și intervenția se pot realiza prin materializarea unor date științifice concrete, ceea ce înseamnă că în abordarea copilului cu întârziere în dezvoltarea limbajului nu se mai pot accepta doar abordări empirice în lipsa utilizării instrumentarului de specialitate.

2. Factorii de risc și cauzele apariției întârzierii în dezvoltarea limbajului

Factorii de risc pentru tulburările de limbaj şi comunicare sunt: istoricul familial care evidențiază existența unor patologii de limbaj, genul masculin al copilului, naşterea prematură şi greutatea mică la naştere (Wankoff, 2011 apud Bodea Hațegan, 2015). Aceşti factori de risc au fost puşi în evidență şi în cazul întârzierii în dezvoltarea limbajului prin studiul condus de Petionou şi Spanoudis (2014).

Prin acest studiu s-a demonstrat faptul că întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi delimitată diagnostic având în vedere asocierea acesteia cu prezența în istoricul familial şi al copilului a frecventelor episoade de otite medii. Potrivit autorilor, istoricul personal în care episoadele de otite medii sunt frecvente corelează cu abilități scăzute la nivel foneticofonologic, ceea ce înseamnă că întârzierea este în planul pronunției sunetelor, ca urmare a limitării inputului auditiv.

Boyse (2012), sub cupola Clinicii de specialitate din cadrul Universității Michigan (University of Michigan Health System),

Scanned with OKEN Scanner

punctează următoarele surse etiologice pentru întârzierea în dezvoltarea limbajului:

- disfuncțiile cerebrale şi cognitive, acestea conduc la tulburări în dezvoltarea limbajului, aşa-numitele tulburări de neurodezvoltare (conform DSM-5, tulburările de neurodezvoltare sunt tulburările care apar în perioada de dezvoltare şi au bază biologică, neuronală. În categoria tulburărilor de neurodezvoltare DSM-5 include: dizabilitățile intelectuale, dizabilitățile motorii, tulburările de limbaj, deficitul de atenție cu hiperactivitate — ADHD, tulburările din spectrul autist, dificultățile specifice de învățare);
- dizabilitățile auditive (dacă sunt identificate primele semne de întârziere în dezvoltarea limbajului, copilul trebuie să fie evaluat din punct de vedere audiologic, dizabilitatea auditivă fiind frecvent cauza întârzierii în dezvoltarea limbajului);
- dizabilitatea intelectuală (întârzierea în dezvoltarea limbajului se asociază cu dizabilitatea intelectuală, în fapt primele semne de întârziere a limbajului impun şi evaluarea abilităților cognitive ale copilului, în vederea excluderii posibilității prezenței dizabilității intelectuale);
- condițiile neprielnice de mediu (mediul dezavantajos din punct de vedere social şi cultural, lipsa modelelor funcționale comunicaționale din mediu, privarea gravă a copilului de atenție şi îngrijire, toate acestea pot conduce la întârziere în dezvoltarea limbajului);
- prematuritatea (poate conduce la întârziere generalizată în dezvoltare şi, în mod implicit, şi la tulburări în achiziția limbajului);
- tulburarea de procesare auditivă (aceasta presupune dificultăți de percepție, analiză şi sinteză a sunetelor, planificarea şi monitorizarea formulării outputului verbal, protecția inputului auditiv şi a outputului verbal de factorii distractori);

Scanned with OKEN Scanner

- tulburarea din spectrul autist (în cazul acestei tulburări, de foarte multe ori întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi considerată un semn timpuriu al tulburării pervazive de dezvoltare);
- leziunile cerebrale, paralizia cerebrală, afectarea neurologică (conduc la afectarea musculaturii implicate în producerea limbajului, ceea ce se materializează, chiar foarte de timpuriu, în imposibilitatea dezvoltării limbajului, conform stadiilor tipice de dezvoltare);
- tulburările mecanice, organice, de natură structurală, somatică (pot încetini ritmul de dezvoltare, mai ales că în multe dintre aceste situații se impun cu necesitate perioade lungi de spitalizare sau spitalizări repetate, o serie de proceduri medicale care, în mod inevitabil, au implicații negative asupra dezvoltării globale, dar şi asupra dezvoltării limbajului, în mod particular. Pentru a exemplifica modul în care tulburările organice, structurale, de tipul despicăturilor labio-maxilo-palatine pot încetini dezvoltarea limbajului, se subliniază imposibilitatea intervenției de reconstrucție chirurgicală a despicăturii imediat după naştere, se recomandă ca intervenția să fie realizată în jurul vârstei de 2 ani, ceea ce, în mod sigur, se răsfrânge asupra dezvoltării limbajului copilului, mai ales că reconstrucția nu presupune o singură intervenție chirurgicală, ci presupune un sistem articulat de măsuri chirurgicale şi postchirurgicale, care în mod conjugat conduc la îmbunătățirea aspectului fizic al copilului, dar şi a structurii şi funcționalității componentelor fonoarticulatorii);
- apraxia verbală (tulburarea care presupune organizarea, secvențierea, planificarea mişcărilor implicate în producția verbală; această tulburare apare pe fondul disfuncțiilor cognitive, neuronale şi implică întârziere în achiziția limbajului);
- tulburările din categoria logonevrozelor, mutismul electiv (aceste tulburări presupun afectări ale dezvoltării stadiale a

Scanned with OKEN Scanner

limbajului. Implicațiile mutismului electiv sunt identificate mai ales în planul materializării abilităților sociale, de comunicare funcțională, de obicei în alt mediu decât mediul familial, în afara mediului pe care îl resimte ca fiind securizant);
- tulburările emoționale (aceste tulburări pot conduce la apariția semnelor de întârziere în dezvoltarea limbajului).

Analizând factorii de risc şi factorii etiologici care pot conduce la apariția sau explicitarea tablourilor de întârziere în dezvoltarea limbajului se poate sublinia faptul că această încadrare diagnostică nu are un factor etiologic specific, dar, în schimb, poate fi asociată cu principalele categorii de încadrări diagnostice care au implicații asupra structurării limbajului.

În aceste condiții, întârzierea în dezvoltarea limbajului se constituie, mai degrabă, ca un semn timpuriu al tulburărilor de limbaj şi comunicare nonspecifice (care sunt secundare unui tablou mai mare de dizabilitate, Bodea Hațegan, 2015), un semn care dacă este abordat corespunzător poate crea premise prielnice evoluției copilului, poate facilita formularea unui pronostic favorabil. Prin urmare, întârzierea în dezvoltarea limbajului este, mai degrabă, un semn al unui deficit cu care copilul se confruntă, ceea ce îndreptățeşte şi mai mult formularea acestui diagnostic doar într-o primă fază a dezvoltării, urmând ca ulterior, dacă întârzierea nu este depăşită, diagnosticul să fie înlocuit cu unul mai specific. Uneori se optează pentru diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului ca încadrare diagnostică momentană, până la colectarea datelor obținute în urma unui demers complex de evaluare (evaluare neurologică, evaluare ORL, evaluare audiologică, evaluare psihologică).

Dincolo de abordarea propusă de Boyse (2012) considerăm disfuncția cerebrală ca fiind cauza principală, specifică, a întârzierii în dezvoltarea limbajului. De asemenea, Vrăşmaş şi Stănică (1997) punctează pe lângă această disfuncție cerebrală următorii factori etiologici care conturează din întârzierea în dezvoltarea limbajului un tablou diagnostic specific, de sine stătător:

Scanned with OKEN Scanner

- factori somatogeni (îmbolnăvirile repetate ale copilului, perioadele lungi de spitalizare pot perturba ritmul achiziției limbajului);
- factori psihogeni (condițiile de mediu slab stimulativ, prezența în mediul în care trăieşte copilul a unor persoane care prezintă tulburări de limbaj, suprasolicitarea copilului prin aşteptările exagerate din partea părintelui, atitudinile necorespunzătoare ale membrilor familiei față de copil şi vorbire, atitudini care diminuează dorința de a comunica verbal);
- factori constituționali (autoarele punctează în această categorie lipsa aptitudinilor pentru vorbire, aceasta fiind o caracteristică întâlnită mai frecvent la băieți şi pare a fi moştenită pe linie paternă).

Petionou şi Spanoudis (2014) au subliniat că abordarea întârzierii în dezvoltarea limbajului, sub aspectul specificului simptomatologic, poate să asigure configurarea factorilor de risc specifici acestei încadrări diagnostice. Astfel, autorii au arătat că asocierea tulburărilor de la nivelul fonetic al limbajului cu tulburări de natură semantică (volum al vocabularului slab dezvoltat) se poate constitui într-un factor de risc cu privire la achiziția stadială, tipică, a limbajului şi comunicării. Având în vedere aceste date, abordarea de timpuriu a nivelului fonetic al limbajului şi al celui lexicosemantic poate conduce la evitarea implicațiilor negative din planul achiziției limbajului.

Pe lângă aceşti factori etiologici se poate aborda şi situația *bilingvismului* (utilizarea simultană de două coduri lingvistice).

Legat de bilingvism, literatura de specialitate prezintă o atitudine controversată. Sunt studii care demonstrează valențele cognitive şi culturale ale bilingvismului (Chipongian, 2000 apud Hațegan, 2011) şi sunt studii care subliniază impactul negativ al bilingvismului asupra dezvoltării limbajului, cu precădere (Susanne, Deuchar, 2001 apud Hațegan, 2011). Prin urmare,

Scanned with OKEN Scanner

expunerea de timpuriu la două limbi poate fi un factor care contribuie la apariția tabloului de întârziere în dezvoltarea limbajului. Korkman, Stenroos, Mickos, Westman, Ekholm, Byring (2012) au condus un studiu prin care au încercat să surprindă implicațiile negative ale bilingvismului (suedeză-finlandeză) asupra limbajului copiilor care prezintă tulburări specifice de limbaj (vârsta copiilor 5–7 ani). Rezultatele studiului au arătat că bilingvii au înregistrat scoruri mai scăzute decât monolingvii doar la sarcinile de numire a părților corpului. Studiul a demonstrat că nu există o interacțiune între bilingvism şi tulburările specifice de limbaj, chiar dacă volumul vocabularului este mai redus la copiii bilingvi. Ceea ce înseamnă că bilingvismul poate influența negativ, poate întârzia achiziția limbajului, dar acesta nu blochează dezvoltarea limbajului.

Având în vedere problematica controversată a bilingvismului, trebuie considerate următoarele două întrebări: *„În ce măsură această întârziere poate fi depăşită?"*; *„Când întârzierea în dezvoltarea limbajului se transformă într-o serioasă condiție patologică?"* Acestea sunt întrebări pentru care răspunsurile pot fi formulate doar în urma unei atente evaluări, şi uneori a unei monitorizări de durată. Prin urmare, problematica implicațiilor negative ale bilingvismului asupra achiziției limbajului trebuie abordată cu grijă, iar formularea unei decizii cu privire la încetarea expunerii la cea de-a doua limbă se realizează doar în urma unei evaluări şi monitorizări serioase a copilului.

DE REȚINUT!

Având în vedere direcțiile de abordare etiologică propuse, întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi delimitată ca o categorie diagnostică distinctă, unde factorul etiologic principal este disfuncția cerebrală.

Este evident că pe fondul diferitelor tablouri de dizabilitate (dizabilitate auditivă, dizabilitate intelectuală, dizabilitate neuromotorie, tulburări din spectrul autist, tulburări emoționale, pot să apară o serie de

Scanned with OKEN Scanner

alterări ale ritmului de achiziție a limbajului. Aceste alterări sunt nonspecifice, iar conturarea diagnostică ar trebui făcută prin indicarea elementelor de specificitate din plan lingvistic, explicate pe fondul unei dizabilități sau tulburări principale, de exemplu: tulburări de pronunție pe fondul dizabilității auditive.

3. Semne și particularități ale întârzierii în dezvoltarea limbajului

Etapizarea achiziției limbajului este îndelung studiată şi ilustrată la nivelul unor scale, probe, instrumente de evaluare şi antrenare a diferitelor componente ale limbajului. Pe marginea acestor etape ale achiziției limbajului, în condițiile dezvoltării tipice, pot fi delimitate şi principalele semne şi particularități ale întârzierii în dezvoltarea limbajului.

Prin urmare, raportarea evaluatorului la etapele tipice din dezvoltarea limbajului, la normele stabilite, pe niveluri de vârstă, reprezintă principala modalitate prin care se delimitează categoria diagnostică a întârzierii în dezvoltarea limbajului. Acest lucru înseamnă că, în funcție de vârsta cronologică, pot fi puse în evidență o serie de specificități şi semne ale întârzierii în dezvoltarea limbajului.

Bodea Hațegan (2015) pune în evidență semnele distinctive ale tulburărilor de limbaj şi comunicare în intervalul de vârstă 0–11 ani, punctând atât aspectele centrale ale dezvoltării, cât şi elementele care pot facilita depistarea şi identificarea timpurie a eventualelor condiții patologice. Intervalul de vârstă mai mare (0–11 ani) este ales pentru a include şi perioada micii şcolarități, perioadă în care dificultățile din planul achiziției limbajului oral se asociază cu dificultățile din planul limbajului scris-citit (*aceasta nu înseamnă că întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi sau trebuie extinsă, ca încadrare diagnostică, până la vârsta de 11 ani*).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce priveşte întârzierea în dezvoltarea limbajului, este evident că este important de delimitat câteva aspecte centrale ale achiziției limbajului, aspecte grosiere, care pot avea valoare referențială, chiar şi în contextul unei accentuate variații interindividuale în dezvoltare. Aceasta înseamnă că prin această subdiviziune a capitolului se urmăreşte delimitarea unor indicatori majori ai dezvoltării lingvistice, indicatori care, dacă nu pot fi puşi în evidență, subliniază prezența întârzierii în dezvoltarea limbajului (tabelul 31). În acest sens utilizăm datele oferite de Boyse (2012), cele oferite de ASHA (2015c), cele sintetizate de Hațegan (2011), Bodea Hațegan (2015) şi Bodea Hațegan, Talaş, Pop Florina (2014) şi sunt indicate următoarele aspecte particulare ale stadialității achiziției limbajului ca având valoare crescută în procesul de depistare şi identificare a unei posibile disfuncții în planul achiziției limbajului şi a abilităților de comunicare.

DE REȚINUT!

Variabilitatea interindividuală în procesul de achiziție a limbajului este foarte crescută, ceea ce înseamnă că părintele trebuie atenționat cu privire la faptul că reperele indicate pot, cel mult, semnaliza o eventuală problemă, pe care apoi, prin instrumente diagnostice specifice, va trebui să o investigăm în detaliu, pentru a putea formula un diagnostic corect, dar mai ales pentru a putea formula un demers coerent de intervenție și un pronostic cât mai precis.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 29. Repere în dezvoltarea tipică pentru intervalul de vârstă cronologică 0-7 ani.

Intervalul de vârstă	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta receptivă)	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta expresivă)
0 ani (la naștere)	Răspunde la sunetele puternice din mediul înconjurător, prin mișcări corporale și plâns (este mai degrabă o reacție reflexă de adaptare la mediu).	Plânge, în acest fel își semnalizează nevoile bazale (foamea, disconfortul fizic etc.).
0-3 luni	Tresare la sunetele mai intense, se oprește din plâns sau zâmbește ca răspuns la apelarea acestuia, își intensifică sau se oprește din supt ca răspuns la sunetele din jur, pare că recunoaște vocile părinților.	Plânge variat în funcție de context, scoate sunete prin care semnalizează confortul, emite sunete ca răspuns la intervențiile părintelui, zâmbește când te vede.
3-4 luni	Răspunde la modificările din tonul vocii, se orientează către sursa sonoră.	Emite o serie de sunete biologice, fără a putea marca un anumit pattern, apare un fel de gângurit, chicotește și râde, vocalizează și în acest fel exprimă starea de confort sau disconfort.
5- 6 luni	Își ascultă propria voce, începe să localizeze sursa sonoră, pare că diferențiază vocile supărate și cele fericite, demostrează interes pentru jucăriile care emit sunete, începe să fie interesat de o gamă variată de sunete (de exemplu de muzică).	Apare lalația canonică, reduplicată ca răspuns la vocea celorlalți, atunci când este lăsat singur, pentru a-și exprima confortul sau disconfortul, caracteristicile producțiilor verbale variază (înălțime, durată, intensitate).
6–11 luni	Își recunoaște propriul nume când este strigat, acordă mai mare atenție sunetelor din jur și recunoaște o serie de obiecte familiare, în funcție de zgomotul pe care îl emit (de exemplu: recunoaște cuptorul cu microunde, aspiratorul când le aude sunetul specific), capacitatea de focalizare a atenției crește, răspunde corect la anumite cuvinte/structuri articulate de părinte (de exemplu: „ridică mâinile", „pa").	Gângurește imitând vorbirea din mediu, materializând inflexiuni vocale specifice vorbirii din mediu, structurile articulate sunt alcătuite din sunete variate, unele sunt mai scurte, altele sunt mai lungi (de exemplu: „tatata", „upi", „apu"), se implică în activități ludice de tipul „cucu-bau" și vocalizează ca răspuns la provocările verbale oferite, pare că fredonează cântecele audiate.

Scanned with OKEN Scanner

Intervalul de vârstă	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta receptivă)	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta expresivă)
12 luni	Își recunoaște propriul nume și reacționează când este strigat, recunoaște și numele celorlați din jur, poate înțelege instrucțiuni simple/sarcini simple (sarcini care ilustrează o singură acțiune, iar aceea este familiară), poate oferi unele jucării la cerere, urmărește vorbirea fără să fie distras de alți stimuli auditivi, răspunde la muzică prin mișcări ritmice adecvate.	Articulează 1-2 cuvinte (chiar dacă nu pronunță corect toate sunetele din cuvânt), poate imita sunetele familiare din mediu, utilizează și mișcările corpului, diferite alte modalități nonverbale de comunicare, folosește limbajul verbal pentru a atrage atenția asupra lui, vocalizează și vorbește cu jucăriile, vocalizează când se joacă și imită sunetele din jur.
18 luni	Înțelege din ce în ce mai multe cuvinte (aproximativ 50 de cuvinte), îi face plăcere să asculte structuri ritmice, demonstrează recunoașterea propozițiilor familiare.	Utilizează câteva cuvinte (5–10 cuvinte), chiar și nume de ființe, denumește obiectele cu care se joacă, imită spontan cuvinte, cântă, structurile verbale de tip jargon încă persistă, dar numărul acestora se reduce vizibil, în mod constant. Articulează în special consoanele explozive anterioare (p, b, m, t, d), n și h.
1–2 ani	Indică câteva elemente din schema corporală, execută sarcinile simple, răspunde la câteva solicitări simple, urmărește scurte secvențe din desene animate, poveștile lecturate, cântece, jocuri etc., indică imaginea corespunzătoare cuvântului audiat, înțelege 250–300 de cuvinte, învață cuvinte noi zilnic, începe să înțeleagă structurile sintactice.	Utilizează structuri alcătuite din 2 membri, vocabularul activ și pasiv este în creștere de la lună la lună, face cu mâna pentru „pa-pa" și îl aproximează, poate reproduce sunetele onomatopeice pe care animalele cu care este familiarizat le emit, folosește cuvinte precum „mai" pentru a-și exprima opinia, nevoia, dorința, înțelege cuvântul „nu!", se extind abilitățile de pronunție a consoanelor (c, g), începe să utilizeze pronumele personal „eu" când vorbește despre propria persoană.

Scanned with OKEN Scanner

Intervalul de vârstă	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta receptivă)	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta expresivă)
2–3 ani	Diferențiază „sus-jos", „în-pe", „mare-mic", „continuă-încetează", poate urmări două comenzi secvențializate (de exemplu: „Închide ușa și stai jos!"), demonstrează abilități atenționale mai crescute (poate asculta povestioare într-un interval mai mare de timp), îi place să asculte de mai multe ori aceeași poveste, cântec, poezie, începe să înțeleagă prepoziții (în, pe), pronumele personal (de exemplu: el, ea, noi, voi), aspecte ce țin de cantitate (de exemplu: unul versus mai mulți).	Achiziționează schema corporală (enumeră și identifică părțile corpului), utilizează generalizat pronumele personal, persoana I, singular „eu", atunci când vorbește despre sine, structura gramaticală este în dezvoltare, prin urmare poate asocia printr-o relație gramaticală verbul și substantivul, poate genera unele forme de plural, are un volum al vocabularului de aproximativ 45 de cuvinte, identifică 3-4 culori, abilitățile de pronunție se dezvoltă, apar noi consoane pe care le poate articula (pronunță corect „f", „v", „l" și explozivele la final de cuvânt), vorbirea copilului este inteligibilă pentru cei din jur, denumește obiectele din jur atunci când vorbește despre ele (folosește limbajul verbal pentru a atrage atenția asupra obiectelor), vorbirea poate fi marcată de disfluențe.
3–4 ani	Își recunoaște numele rostit, chiar și de la distanță, ascultă emisiunile de la TV, radio, cântecele de pe computer, la aceeași intensitate sonoră precum ceilalți membri ai familiei, asociază cuvântul cu imaginea sau obiectul pentru culorile principale, formele principale, membrii familiei, deosebește „în față" — „în spate".	Redă o poveste în linii generale, structurile propoziționale au o lungime de 3–4 unități, povestește ce s-a întâmplat la grădiniță sau în parc, vorbirea copilului este inteligibilă chiar și pentru persoanele din afara familiei, volumul vocabularului este aproximativ de 1 000 de unități, știe să își spună numele, chiar și numele de familie, recită scurte poezii și cântece, disfluențele din vorbire dispar sau se reduc, poate răspunde la întrebările adresate, materializează în vorbire aspecte gramaticale (genul, pluralul, pronumele), exprimă posesia, pronunță sunetele siflante (s, z), șuierătoare (ș, j) și africate (č, ğ, ț), pronunță diftongi și structuri consonantice (mp, pt, sm).

Scanned with OKEN Scanner

Intervalul de vârstă	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta receptivă)	Reperele majore ale dezvoltării stadiale a limbajului (componenta expresivă)
4–5 ani	Indică primul, ultimul, următorul, înțelege cuvinte care exprimă timpul (de exemplu: ieri, azi, mâine), urmează mai multe instrucțiuni secvențiate, percepe și înțelege ceea ce se vorbește acasă sau la grădiniță, poate asculta o poveste 10–15 minute.	Structurile propoziționale au o lungime de 4-5 unități, folosește formele de trecut, volumul vocabularului este aproximativ de 1 500 de unități, numește și identifică majoritatea culorilor, formelor, texturilor, adresează multe întrebări și problematizează prin întrebarea „de ce...?", pronunță corect toate sunetele din limbă (articulează consoana „r") și pronunția devine din ce în ce mai stabilă, poate continua o conversație, își adaptează discursul persoanei cu care comunică, denumește litere și cifre.
5–6 ani	Deosebește identicul de diferit, are achiziționată lateralitatea (stânga-dreapta), poate executa comenzi complexe și poate rămâne angrenat în sarcini pe parcursul a 40-50 de minute, capacitățile atenționale și mnezice fiind conturate funcțional.	Structurile propoziționale au o lungime de 5-6 unități, volumul vocabularului este de aproximativ 2 000 de unități, poate indica din ce materiale sunt făcute diverse obiecte, indică relații spațiale și localizează la cerere, știe unde locuiește, numele orașului, al străzii, numără independent (chiar și peste 10), folosește diverse structuri propoziționale, ceea ce face ca modul de comunicare a acestuia să fie apropiat de modul de comunicare a adultului.
6–7 ani	Abilitățile perceptiv-vizuale se îmbunătățesc, la fel și abilitățile lingvistice și cele comunicaționale, odată cu modelarea abilităților de procesare auditivă (analiză și sinteză fonematică), înțelege ceea ce i se cere să facă, indiferent de lungimea structurilor verbale date și de complexitatea gramaticală a propoziției.	Abilitățile de coordonare ochi-mână și organizarea spațiotemporală se îmbunătățesc, redă zilele săptămânii, lunile anului (automat, dar poate ieși din automatisme, răspunzând la întrebări de tipul, „Ce zi urmează după vineri?"), poate reda diverse forme și structuri grafo-motorii, percepe secvențialitatea, identifică majoritatea grafemelor și le asociază cu fonemele corespunzătoare, volumul vocabularului este într-o creștere exponențială, ceea ce îi permite să se exprime cu lejeritate, să își formuleze nevoile, dorințele, intențiile etc.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste repere în achiziție trebuie considerate în mod flexibil, atingerea lor depinzând de bogăția stimulărilor externe, precum şi de interesele copilului. Este evident că achiziția limbajului este dependentă şi de „aptitudinea pentru limbaj" a copilului, întărindu-se astfel direcția ineistă de abordare a limbajului promovată de Noam Chomsky. Aptitudinea pentru limbaj este mai greu de pus în evidență, fiindcă nu există o modalitate obiectivă, standardizată de evaluare, dar ea rezidă din interesele copilului (copiii cu aptitudine pentru limbaj sunt devreme interesați de cărți, le place să li se citească poveşti, memorează cu uşurință cântecele, pronunță corect sunetele, cu mult înainte de a ajunge la vârsta-prag, învață cuvinte în limba engleză sau alte limbi străine doar ascultând şi vizionând desenele preferate), precum şi din viteza şi corectitudinea achizițiilor din sfera limbajului.

DE REȚINUT!

În ce măsură putem spune cu exactitate dacă au sau nu au copiii aptitudine pentru limbaj?

Aptitudinea pentru limbaj nu poate fi subliniată cu exactitate, însă ea rezidă din interesele copilului și din viteza și acuratețea cu care achiziționează limba maternă, precum și o altă limbă pe care o învață la grădiniță sau la care este expus în familie (în contextul familiilor bilingve).

Aptitudinea pentru limbaj facilitează învățarea unei limbi străine, ceea ce înseamnă că pentru acești copii se recomandă expunerea de timpuriu la o limbă străină.

4. Direcții de diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial reprezintă cea mai dificilă problematică asociată cu tematica întârzierii în dezvoltarea limbajului, aceasta pentru că variabilitatea interindividuală în ceea ce priveşte achiziția limbajului este foarte crescută, ducând fie la diagnosticarea greşită, fie la neconsiderarea nevoii de a stabili un diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului ar trebui stabilit doar pentru cazurile în care, până la intrarea în clasa I, se poate realiza recuperarea în întregime a deficitelor din achiziția limbajului. Întârzierea în dezvoltarea limbajului, ca manifestare secundară a unui tablou de dizabilitate, de exemplu: dizabilitate intelectuală, dizabilitate auditivă, dizabilitate neuromotorie, tulburări din spectrul autist, nu poate fi în totalitate recuperată, mai ales până la intrarea în clasa I, iar deficitul lingvistic nu este singurul şi nici cel mai important aspect caracteristic al tabloului patologic căruia i se subsumează. În aceste condiții, diagnosticul corect ce poate fi stabilit este acela de tulburare de limbaj şi comunicare pe fondul dizabilității auditive, intelectuale, neuromotorii sau al tulburării din spectrul autist.

Prin urmare, diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului se stabileşte doar în cazurile tulburărilor specifice de limbaj (tulburări în care deficitul lingvistic nu poate fi explicat printr-un alt tablou patologic asociat (Paul, 2007; Bodea Hațegan, 2015), se păstrează până la vârsta cronologică a copilului de 7 ani, moment după care, dacă simptomatologia persistă, se stabileşte o altă încadrare diagnostică.

Această abordare poate fi nuanțată prin considerarea următoarelor problematizări ale diagnosticului diferențial între întârzierea în dezvoltarea limbajului şi alte tablouri de tulburări de limbaj, asemănătoare simptomatologic.

4.1. Întârzierea în dezvoltarea limbajului versus dislalia fiziologică

Întârzierea în dezvoltarea limbajului presupune un ritm diferit de achiziție a limbajului, adică nerespectarea reperelor normative de achiziție stadială a limbajului. Dislalia fiziologică presupune tulburarea de pronunție specifică pentru fiecare etapă de dezvoltare, nu implică retard, întârziere în achiziția limbajului, prin raportare

Scanned with OKEN Scanner

la normele standard. Astfel, dacă un copil nu pronunță corect sunetul „r" la 3 ani, iar un alt copil ajunge să pronunțe corect consoana „r" la 3 ani, aceasta nu înseamnă că primul copil are o întârziere în dezvoltarea limbajului atâta timp cât vârsta lui cronologică nu este mai mare de 4,5 ani. În cazul primului copil se poate stabili încadrarea diagnostică de dislalie fiziologică. Dislalia fiziologică s-ar putea transforma în întârziere în dezvoltarea limbajului dacă copilul nu pronunță nici la 5,5 ani sunetul „r".

4.2. Întârzierea în dezvoltarea limbajului versus dislalie

Dislalia este o tulburare de pronunție care afectează latura foneticofonologică a limbajului. Conform DSM-5, este o tulburare a sunetelor vorbirii, o tulburare caracterizată prin omisiuni, substituiri şi distorsiuni ale sunetelor. Întârzierea în dezvoltarea limbajului cuprinde nu doar deficitele din sfera expresivă, foneticofonologică, aceasta cuprinde deficite de natură expresivă şi receptivă, cu manifestare chiar şi în planul comunicării nonverbale (mişcări corporale, gesturi, mimică etc.), deficite concretizate în perturbări ale ritmului achizițiilor lingvistice şi comunicaționale. În aceste condiții, tabloul simptomatologic este cel care asigură diagnosticul diferențial între întârzierea în dezvoltarea limbajului şi dislalie.

4.3. Întârzierea în dezvoltarea limbajului versus sindromul de nedezvoltare a limbajului

Sindromul de nedezvoltare a vorbirii se defineşte prin absența vorbirii (atunci când abilitățile de vorbire ar fi trebuit să fi fost materializate) sau dezvoltare încetinită, tardivă, a limbajului, cu diferențe mari între vârsta cronologică şi vârsta limbajului. Sindromul de nedezvoltare a limbajului nu se asociază cu dizabilitatea intelectuală, dizabilitatea neuromotorie sau cu alte tipuri de dizabilități,

Scanned with OKEN Scanner

ceea ce apropie tabloul simptomatologic de cel din întârzierea în dezvoltarea limbajului.

Diferențele, în forma prezentată de Ungureanu (1998), sunt mai degrabă cantitative. Astfel, dacă nedezvoltarea limbajului este uşoară, cu mici disfuncții, iar diferența dintre vârsta cronologică şi vârsta limbajului nu este foarte mare, atunci diagnosticul cel mai corect este cel de întârziere în dezvoltarea limbajului.

Dacă nedezvoltarea limbajului este medie, achizițiile lingvistice sunt difuze, fără să existe un fond etiologic bine conturat (dizabilitate auditivă, dizabilitate intelectuală, dizabilitate neuromotorie sau tulburări din spectrul autist), atunci diagnosticul cel mai corect este cel de disfazie (o formă mai uşoară de afazie congenitală sau afazie la copil, care are drept factor etiologic mai degrabă o disfuncție cerebrală).

Dacă nedezvoltarea vorbirii este gravă, diferența dintre vârsta cronologică şi vârsta limbajului este mare, această diferență se păstrează deşi copilul este inclus într-un complex program terapeutic corectiv-compensator şi se manifestă şi în planul abilităților comunicaționale nonverbale, diagnosticul ce poate fi stabilit fiind cel de afazie congenitală sau afazie la copil. În aceste cazuri, de obicei, examenul neurologic indică prezența leziunilor cerebrale, ceea ce asigură realizarea diagnosticului diferențial în mod obiectiv şi facilitează încadrarea diagnostică.

4.4. Întârzierea în dezvoltarea limbajului versus disfazie

Conform lui Ungureanu (1998), întârzierea în dezvoltarea limbajului se aseamănă simptomatologic cu disfazia, ceea ce le deosebeşte fiind gradul afectării. Astfel, autorul subliniază că o formă medie de întârziere în dezvoltarea limbajului poate fi încadrată diagnostic sub termenul de disfazie.

Disfazia presupune o întârziere în dezvoltarea limbajului, iar manifestarea poate fi explicată prin prisma microsechelarității cerebrale, conform Anca (2005).

Scanned with OKEN Scanner

Având în vedere aceste două trimiteri bibliografice, întârzierea în dezvoltarea limbajului şi disfazia sunt două încadrări diagnostice asemănătoare simptomatologic. În timp ce aspectul central al întârzierii în dezvoltarea limbajului este perturbarea ritmului achiziţiilor lingvistice, aspectul central al disfaziei este deficitul în structurarea achiziţiilor lingvistice. *Prin urmare, am putea spune că întârzierea în dezvoltarea limbajului şi disfazia sunt două faţete ale aceleiaşi realităţi simptomatologice — tulburarea specifică de limbaj, faţete rezultat al perspectivei de abordare.*

4.5. Întârzierea în dezvoltarea limbajului versus afazia congenitală sau afazia dobândită la copil

Diagnosticul diferenţial dintre întârzierea în dezvoltarea limbajului şi afazia congenitală sau afazia la copil se realizează în funcţie de **factorul etiologic**. În cazul tulburării afazice, leziunile cerebrale sunt cauzele care conduc la apariţia acestui tablou patologic. **Severitatea afectării** este un alt element care asigură diagnosticul diferenţial, în tablourile afazice putându-se pune în evidenţă afectări masive ale achiziţiilor lingvistice. **Evoluţia** în urma implementării programului terapeutic este un alt element care asigură realizarea diagnosticului diferenţial, întârzierea în dezvoltarea limbajului cedând mult mai uşor la intervenţia logopedică decât tabloul de afazie. **Simptomatologia** este cel din urmă criteriu de diagnostic diferenţial. Potrivit acestuia, întârzierea în dezvoltarea limbajului presupune achiziţia limbajului într-un ritm atipic, mai lent, în timp ce achiziţia limbajului în tablourile de afazie este difuză, dezorganizată, marcată de o multitudine de caracteristici specifice (anomie, tulburări gramaticale, disprozodie, jargon afazie, parafazii etc.).

Desigur că în aceste condiţii diagnosticul diferenţial se stabileşte cu greutate şi poate fi oricând supus chestionării. Astfel, în practica logopedică din ţara noastră se optează pentru utilizarea mai degrabă a termenului de întârziere în dezvoltarea limbajului

Scanned with OKEN Scanner

pentru a ne referi la tulburările de limbaj apărute ca urmare a unui ritm mai încetinit de achiziție și la termenul de afazie la copil pentru a ne referi la tulburările de limbaj survenite pe un fond neurologic.

Dintr-un alt punct de vedere, diferențierea întârzierii în dezvoltarea limbajului poate fi și o problemă de opțiune noțional-verbală. Astfel, conceptul de întârziere în dezvoltarea limbajului poate fi utilizat interșanjabil cu conceptele de: retard de limbaj, tulburare de dezvoltare a limbajului, tulburare specifică de limbaj, disfazie.

DE REȚINUT!

Concluzionând, întârzierea în dezvoltarea limbajului se diferențiază de alte tulburări de limbaj și comunicare prin:

- simptomatologie **(ritmul de achiziție a limbajului și vorbirii este mai încetinit în raport cu reperele normative stabilite);**
- factorul etiologic **(întârzierea propriu-zisă de limbaj apare în absența dizabilității intelectuale, dizabilităților senzoriale, dizabilității neuromotorii și carențelor educaționale). Pe fondul tablourilor de dizabilitate și al condițiilor de mediu enumerate, este evident că în mod cert implicațiile negative asupra ritmului achiziției limbajului sunt ușor de pus în evidență. Factorul etiologic al întârzierii în dezvoltarea limbajului este disfuncția cerebrală;**
- răspunsul la intervenție **(întârzierea în dezvoltarea limbajului prezintă o evoluție rapidă și favorabilă în urma implementării unui program terapeutic de nuanță logopedică);**
- diferența dintre vârsta cronologică și vârsta limbajului **nu este mare (în întârzierea în dezvoltarea limbajului diferența dintre vârsta cronologică și vârsta limbajului este scăzută, maxim 1–2 ani);**
- întârzierea în dezvoltarea limbajului **nu persistă după intrarea în clasa I (ar trebui corectată până la intrarea în clasa I dacă este corect diagnosticată și abordată); dacă simptomatologia persistă, se recomandă reconsiderarea încadrării diagnostice.**

Scanned with OKEN Scanner

5. Direcții de evaluare

Pentru evaluarea copilului care prezintă riscul întârzierii în dezvoltarea limbajului propunem un demers complex, demers care poate fi particularizat în funcție de vârsta cronologică.

Demersul de evaluare propus este structurat pe următoarele direcții:

- evaluarea reflexelor şi a comportamentului verbal;
- evaluarea preachizițiilor limbajului;
- evaluarea abilităților perceptiv-auditive;
- evaluarea abilităților de pronunție şi vorbire;
- evaluarea integrată.

În această secțiune a capitolului nu vom relua instrumentarul de evaluare utilizat în prima parte a capitolului cu scopul de a circumscrie specificul diagnostic al tabloului de întârziere în dezvoltarea limbajului (APGAR, NBAS, Communication Matrix). Subliniem însă că toate instrumentele prezentate în prima parte a capitolului pot fi utilizate în demersul de evaluare, cu scop diagnostic, pentru a pune în evidență tabloul de întârziere în dezvoltarea limbajului.

5.1. Evaluarea reflexelor și a comportamentului verbal

Reflexele importante pentru limbaj şi evaluarea acestora au fost detaliate la nivelul subcapitolului 1. Legat de evaluarea reflexelor este important de subliniat faptul că o parte dintre acestea dispar în perioada primului an de viață şi sunt înlocuite de comportamente voluntare, intenționate, ca semn al dezvoltării cognitive. Extinderea patologică a reflexelor se asociază, cel mai adesea, cu forme de paralizii cerebrale, ceea ce înseamnă că poate conduce la o perturbare gravă a ritmului de achiziție a limbajului, însă aceste consecințe nu pot fi denumite întârziere propriu-zisă în achiziția limbajului.

Evaluarea reflexelor este evaluarea care poate furniza importante informații despre starea nou-născutului pe parcursul primului an

Scanned with OKEN Scanner

de viață și facilitează formularea unui pronostic legat de evoluția ulterioară.

După primul an de viață al copilului, evaluarea reflexelor devine o modalitate mai puțin valoroasă în economia implementării unui demers de evaluare complexă, însă observarea extinderii patologice a reflexelor și consemnarea acestora sunt aspecte care nu trebuie omise, indiferent de vârsta cronologică.

Datele în urma evaluării reflexelor pot fi coroborate cu date obținute prin aplicarea scalei NBAS, elaborată de Brazelton. În acest fel se poate configura un profil complex de dezvoltare a nou-născutului. Desigur că aceste date pot fi corelate și cu scorul APGAR, mai ales că prin calcularea combinată a scorului APGAR se pot oferi date mai acurate privind suferința la naștere și starea de sănătate a copilului.

CAZ 1

Pentru a ilustra importanța evaluării reflexelor indiferent de vârstă, prezentăm schematic următorul caz:

A., gen feminin, 6 ani, prezintă un tablou neurologic ataxic sever, cu implicații majore în achiziția limbajului. A. poate articula doar 3 vocale, „a", „e" și „i", fiind în imposibilitatea de a articula silabe sau cuvinte. În plan receptiv demonstrează abilități funcționale de comprehensiune. Diagnosticul logopedic în acest caz este dizartrie ataxică, retardul lingvistic înregistrat în plan expresiv fiind major (aproximativ 4,5 ani). Terapia care i se administrează pe lângă cea logopedică este una de modelare corporală, aceasta manifestând o serie de comportamente indezirabile, printre care cel mai flagrant este cel de mușcare.

În urma evaluării realizate s-a constatat faptul că la nivelul cavității bucale reflexul de bază și reflexul de mușcare s-au păstrat, în mod patologic, ca urmare a leziunilor neurologice, ceea ce blochează achiziția componentei expresive a limbajului, angrenează o abundentă sialoree și comportamentul de a mușca. Pe baza celor constatate se recomandă înlocuirea terapiei comportamentale cu una de stimulare a musculaturii orofaciale (kinetoterapie, terapie psihomotorie, masaj facial). În planul terapiei limbajului, se recomandă focalizarea asupra

Scanned with OKEN Scanner

unor modalități alternative și augmentative de comunicare, asupra stimulării comprehensiunii verbale, având în vedere pronosticul rezervat cu privire la o posibilă evoluție semnificativă în planul abilităților articulatorii.

Pentru evaluarea comportamentului verbal propunem spre utilizare programul The Developmental Profile of Social Communication — Model of Circles (Profil de dezvoltare a abilităților de comunicare socială — modelul cercurilor), un instrument elaborat sub cupola Institutului pentru Cercetare şi Educație în Terapia Limbajului din Grecia (Institute for Research and Education in SL, Ioannina, Grecia) de Vogindroukas şi Grigoriadou (2009).

Profilul de dezvoltare propus de Vogindroukas şi Grigoriadou (2009) are la bază schimbările pe care DSM-5 le propune cu referire la componenta de limbaj pragmatic din tabloul tulburărilor din spectrul autist. Potrivit acestor date, este subliniat clar faptul că persoanele cu TSA au mai degrabă tulburări în planul utilizării limbajului decât în planul dezvoltării abilităților lingvistice. Astfel, Vogindroukas şi Grigoriadou (2009) propun un profil de dezvoltare a abilităților de comunicare socială pentru a asigura şi un liant de comunicare între părinți şi specialişti.

The Development Profile of Social Communication — Model of Circles propune evaluarea comportamentului verbal pe şase coordonate de dezvoltare şi constă în indicarea unor particularități ale dezvoltării copilului, răspunzând la câteva întrebări:

- sociabilitate;
- socializare;
- comunicare;
- joc;
- limbaj;
- vorbire;
- scriere.

Model of Circles este un instrument care se adresează copiilor cu tulburări de dezvoltare, indiferent de vârsta lor cronologică. Pe baza

Scanned with OKEN Scanner

răspunsurilor oferite se generează automat un profil circular de dezvoltare, profil divizat în patru părți, conform figurii de mai jos.

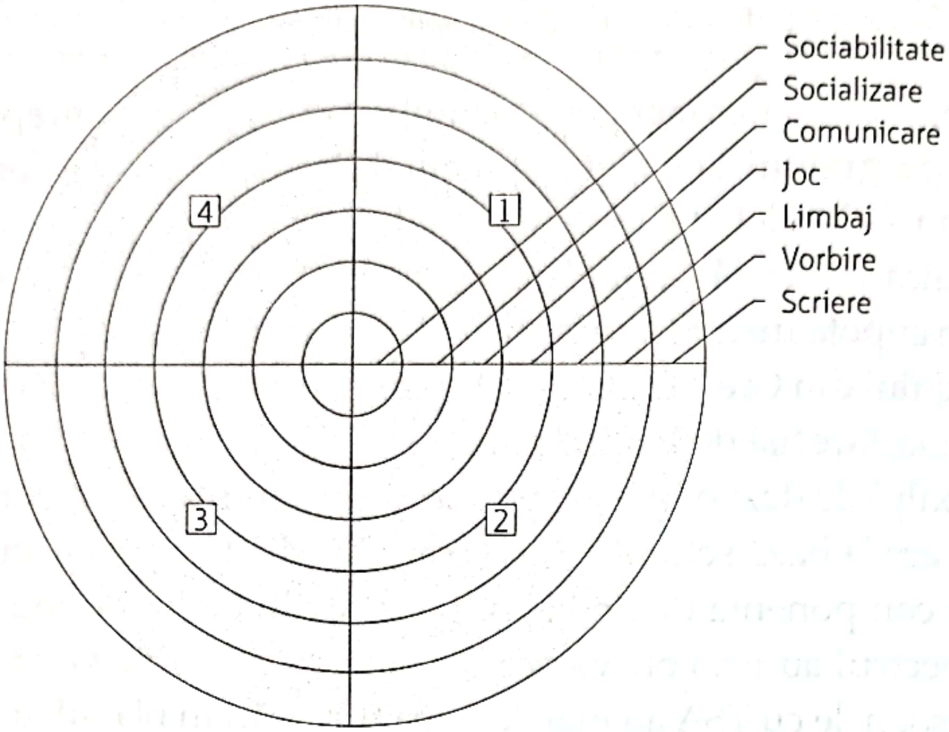

Fig. 12. Imagine model pentru profilul de dezvoltare propus prin Model of Circles **(Modelul cercurilor).**

În tabelul 30 prezentăm schematizat principalele întrebări pe marginea cărora se completează profilul de dezvoltare, cu ajutorul instrumentului *Model of Circles* (Vogindroukas, 2015[1]).

Tabelul 30. Întrebările care stau la baza Model of Circles.

Partea I	Partea a II-a	Partea a III-a	Partea a IV-a
	SOCIABILITATE		
Stabilește contact vizual?	Își așteaptă rândul în conversație?	Se joacă cu ceilalți colegi?	Are vreun prieten bun?

[1] The Developmental Profile of Social Communication — Model of Circles (Profilul de dezvoltare a abilităților de comunicare socială — modelul cercurilor) este descris în acest volum cu acordul autorului Ioannis Vogindroukas, PhD, căruia îi adresez sincere mulțumiri.

Scanned with OKEN Scanner

Partea I	Partea a II-a	Partea a III-a	Partea a IV-a
Manifestă inițiativă pentru interacțiune socială?	Demonstrează atenție împărtășită („joint attention")?	Se angajează în mod adecvat în jocuri de tip concurs?	Aparține vreunui grup social?
SOCIALIZARE			
Colaborează, lucrează împreună cu ceilalți într-o manieră adecvată?	Imită sunete, cuvinte sau comportamente?	A învățat noi comportamente în urma interacțiunii cu tine?	Manifestă comportamente adecvate în diferite situații sociale?
COMUNICARE			
Are achiziționate 1-30 de intenții de comunicare și le exprimă prin mișcări cu diferitele segmente ale corpului?	Are achiziționate mai mult de 30 de intenții de comunicare și le exprimă în mod adecvat?	Are deprinderi de comunicare socială (salută, descrie obiecte, întreabă, exprimă opinii, oferă răspunsuri)?	Are deprinderi de comunicare socială (negociază, povestește, participă la conversații)?
JOCUL			
Se joacă în mod adecvat, potrivit?	Demonstrează joc simbolic?	Se implică în jocuri de rol?	Se implică în jocuri de grup?
LIMBAJ			
Cunoaște cuvintele familiare?	Are achizițiile unui copil de trei ani?	Are achiziționat limbajul la nivelul copiilor de vârsta lui?	Are achiziționat limbajul la un nivel superior în raport cu vârsta sa cronologică?
Poate urma instrucțiuni într-un mediu cunoscut?	Poate urma instrucțiuni și într-un mediu mai puțin familiar?	Poate face față sarcinilor școlare specifice vârstei lui?	Demonstrează curiozitate mai mare decât colegii lui?
VORBIRE			
Are deprinderi de a vorbi sau utilizează doar câteva cuvinte pentru a se exprima?	Utilizează cuvintele și sintagmele într-o manieră ecolalică?	Utilizează propoziții formate din 2-3 membri/ itemi pentru a se exprima?	Demonstrează abilități conversaționale și folosește vorbirea pentru a interacționa în plan social?

Scanned with OKEN Scanner

Partea I	Partea a II-a	Partea a III-a	Partea a IV-a
		SCRIERE	
Demonstrează interes stereotipic pentru litere și numere?	Recunoaște cuvinte scrise (prin citire globală)?	Scrie, citește și înțelege ceea ce este scris?	A achiziționat scris-cititul la nivelul colegilor săi?
	Își scrie mecanic numele?		

Analizând întrebările cuprinse în tabel, se poate observa o progresivitate de la o parte la alta, ceea ce înseamnă că *Model of Circles* propune o abordare de achiziționare stadială asemănătoare cu cea propusă şi de *Communication Matrix*, care se pliază, practic, peste ceea ce înseamnă reperele ontogenetice ale dezvoltării tipice.

Programul a fost creat cu scopul abordării situației copilului cu tulburări din spectrul autist, dar având în vedere faptul că acesta vizează comportamentul verbal, multifațetat, considerăm că acest instrument are o relevanță crescută şi pentru domeniul întârzierii în dezvoltarea limbajului.

Profilul rezultat în urma completării *Model of Circles* este colorat, ceea ce înseamnă că are valențe informative crescute nu doar pentru specialist, ci şi pentru părinte, punctând vizual comportamentele achiziționate (segmentele de cerc sunt colorate cu negru), cele aflate în curs de achiziționare (segmentele de cerc sunt colorate cu roz), cele neachiziționate (segmentele de cerc sunt colorate cu roşu). Dacă la întrebare nu se răspunde, segmentul de cerc rămâne alb.

Ca şi *Communication Matrix*, *Model of Circles* asigură şi proiectarea unor demersuri coerente de intervenție, comportamentele emergente şi cele neachiziționate constituindu-se în obiective ale demersurilor ulterioare de intervenție. Prin urmare, cele două instrumente oferă o perspectivă articulată asupra limbajului şi comunicării, perspectivă care poate fi implementată şi în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului şi care poate asigura o abordare organizată, bine structurată.

Scanned with OKEN Scanner

Model of Circles poate fi accesat de pe site-ul Institului pentru Cercetare şi Educaţie în Terapia Limbajului (Institute for Research and Education in SL, http://ieel.gr), este organizat sub forma unui soft educaţional şi terapeutic care poate fi descărcat şi utilizat sub cupola tehnologiilor informaţionale şi comunicaţionale (TIC). Având în vedere faptul că instrumentul acesta de evaluare se ipostaziază sub forma unui soft educaţional şi terapeutic, iar profilul de dezvoltare este generat automat, relevanţa acestuia creşte, dată fiind extinderea utilizării TIC în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj şi comunicare.

5.2. Evaluarea preachiziţiilor limbajului

Limbajul oral se dezvoltă pe baza preachiziţiilor limbajului, a elementelor de psihomotricitate, iar limbajul oral stă la baza achiziţiei limbajului scris–citit. Această relaţie este ilustrată grafic de Roulin (1981, apud Anca, 2009) la nivelul „Piramidei limbajului", modalitate schematizată de diagnostic.

În figura 13 se redă modelul schematizat de diagnostic al „Piramidei limbajului".

Având în vedere acest model, evaluarea preachiziţiilor limbajului este un proces amplu, complex, proces care trebuie, de fapt, derulat în orice caz de tulburări de limbaj şi comunicare. Direcţiile de evaluare şi intervenţie la nivelul acestor componente ale psihomotricităţii, preachiziţiile limbajului, sunt creionate în acest volum la nivelul capitolului III, capitol dedicat tulburării dislalice.

Din perspectiva întârzierii în dezvoltarea limbajului, este important de subliniat faptul că, practic, întreg demersul de evaluare trebuie creionat în zona punerii în evidenţă a modului în care s-au structurat preachiziţiile limbajului, pentru ca mai apoi, abordându-le terapeutic, să se faciliteze dezvoltarea limbajului.

Scanned with OKEN Scanner

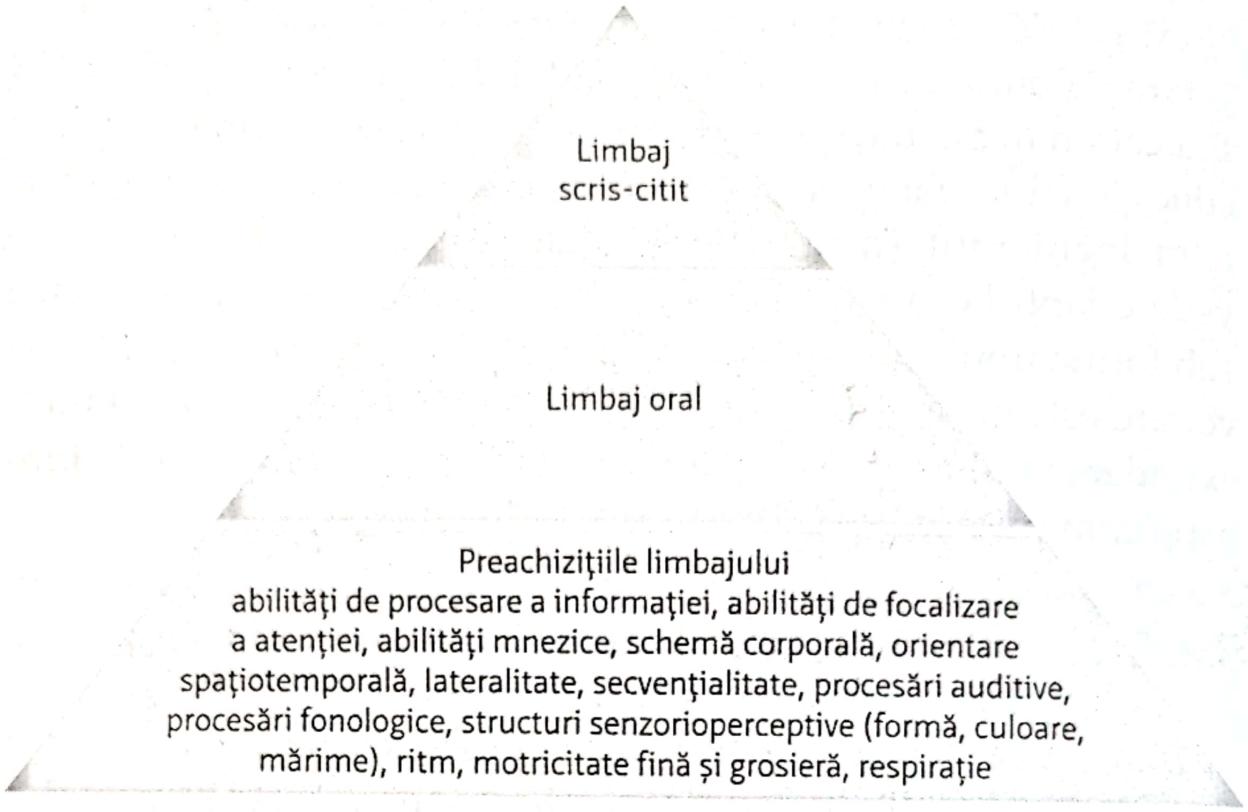

Fig. 13. Piramida limbajului (Roulin, 1981, apud Anca, 2009),

5.3. Evaluarea abilităţilor perceptiv-auditive

Structurarea abilităţilor perceptiv-auditive trebuie abordată pe baza celor 4 coordonate:

- detecţie de sunete;
- discriminarea/diferenţierea sunetelor;
- identificarea sunetelor şi a cuvintelor;
- comprehensiunea verbală.

Aceste patru coordonate sunt materializate la nivelul unei scale de dezvoltare adresate intervalului de vârstă 0-6 ani, *Auditory Developmental Scale: 0-6 years,* scală elaborată de Ellen A. Rhoades (2013), tradusă şi adaptată pentru limba română de Bodea Haţegan şi Talaş (2014, c).[1]

[1] Varianta în limba română a scalei poate fi descărcată accesând link-ul: http://www.auditoryverbaltraining.com/Aud%20Dvlpmtl%20Scale%20Romanian%20version%20SCALA%20DE%20DEZVOLTARE%20AUDITIV.pdf.

Scanned with OKEN Scanner

În anexa I a acestui capitol ataşăm în întregime Scala de dezvoltare auditivă: 0-6 ani.

Prin această scală se subliniază importanța componentei perceptiv-auditive în structurarea abilităților verbale, în comprehensiunea verbală. Scala se adesează intervalului de vârstă 0–6 ani, ceea ce întăreşte considerarea vârstei cronologice de 6–7 ani ca limită pentru păstrarea diagnosticului de întârziere în dezvoltarea limbajului.

5.4. Evaluarea abilităților de pronunție și vorbire

Evaluarea abilităților de pronunție şi vorbire se realizează diferit, în acord cu vârsta cronologică. Astfel:

- pentru perioada 0–1 ani se recomandă evaluarea abilităților de pronunție şi vorbire prin intermediul reflexelor orale şi al celor trei relații care asigură continuitate între componenta motorie şi cea lingvistică (Iossifova, 2013).
- pentru perioada 0–2 ani se recomandă utilizarea *Communication Matrix* (Rowland, 2011).
- pentru perioada 0–6/7 ani se recomandă utilizarea *Model of Circles* (Vogindroukas, 2015) şi a scalelor de evaluare: Scala pentru stabilirea nivelului de dezvoltare a limbajului, elaborată de C. Păunescu, 1984 (Vrăşmaş, Oprea, 2003; Moldovan, 2006), Scala integrată de dezvoltare (Anca, Bodea Hațegan, 2012; ISD, 2009), Scala Portage (Reynolds, Fletcher–Janzen, 2004).
- pentru perioada 3–6/7 ani se recomandă utilizarea instrumentarului logopedic specific utilizat în tulburările de pronunție (acest material a fost descris în capitolul III al acestui volum): albumul logopedic, fişa de evaluare a sunetelor pronunțate izolat, aplicația „Paşi prin lumea sunetelor!", Scala Children's Communication Checklist — CCC (Bishop, 1998, 2003, 2006).

Scanned with OKEN Scanner

Observăm că există suprapuneri în ceea ce priveşte intervalele de vârstă cronologică şi instrumentele propuse spre utilizare. Aceste suprapuneri sunt rezultatul modului în care au fost elaborate instrumentele de evaluare inventariate, dar şi al faptului că achiziția limbajului este un proces continuu, fluid, un proces care doar din rațiuni didactice este segmentat, etapizat. Prin urmare, trebuie subliniat faptul că toate aceste instrumente de evaluare oferă indicatori cu privire la procesul de dezvoltare, întârzierea sau abaterea de la normele stabilite, logopedul fiind cel care trebuie să interpreteze datele şi să formuleze diagnosticul, în acord cu particularitățile individuale ale fiecărui caz în parte.

Scala pentru stabilirea nivelului de dezvoltare a limbajului (Păunescu, 1984)

Scala pentru stabilirea nivelului de dezvoltare a limbajului elaborată de Păunescu (1984) delimitează câteva repere ale dezvoltării în intervalul de vârstă 0–36 de luni, punctând şi valorile standard în afara cărora dezvoltarea este atipică. Atingerea nivelului de dezvoltare stabilit la nivelul fiecărui item al scalei asigură colectarea unui punct, ceea ce înseamnă că scala nu oferă posibilitățile nuanțate de evaluare pe care le asigură *Communication Matrix*.

Mai mult, scala indică aproape cu exactitate luna în care apare comportamentul nuanțat la nivelul fiecărui item, chiar dacă stabileşte şi câteva intervale grosiere de dezvoltare: 0–3 luni, 3–6 luni, 6–9 luni, 9–12 luni, 12–18 luni, 18–24 de luni, 24–36 de luni.

Potrivit acestei scale, primul an de viață este anul cu achizițiile cel mai important de reperat, ceea ce înseamnă că primul an din viața copilului are o valoare semnificativă pentru achiziția limbajului. Pe baza acestor date se poate sublinia importanța evaluării sistematice a copilului şi din punctul de vedere al achizițiilor lingvistice, în primul an de viață, în aşa fel încât să se asigure reale premise pentru materializarea demersurilor de intervenție timpurie.

Scanned with OKEN Scanner

DE REȚINUT!

Având în vedere structurarea scalei elaborate de Păunescu (1984), recomandăm utilizarea intervalului de 3 luni ca interval reper în monitorizarea evoluției cazurilor care beneficiază de terapie logopedică. După acest interval de 3 luni se realizează o evaluare care fie confirmă eficiența demersului de intervenție (ceea ce îndreptățește continuarea programului terapeutic în aceeași formă), fie subliniază ineficiența programului de intervenție (atrăgând atenția asupra nevoii de reconfigurare a demersului terapeutic).

Scala integrată de dezvoltare

Acest instrument a fost tradus şi adaptat pentru limba română în anul 2012, sub coordonarea lui Anca şi Bodea Hațegan, de o echipă formată din Szirmai Melinda, Dunca Nicoleta, Bianca Roşca, Moldoveanu Romana, Bereş Monica, Raduly Magda. Scala originală, „Integrated Scale of Development. From Listen, Learn and Talk — ISD" (2009), a fost propusă de Academia Cochlear ca un instrument de monitorizare a dezvoltării copiilor beneficiari ai implantării cohleare. Astfel, scala abordează aspecte cu privire la dezvoltare pe şase coordonate:

- audiție;
- limbaj expresiv;
- limbaj receptiv;
- vorbire;
- cogniție;
- comunicare socială (comunicare pragmatică).

Scala acoperă intervalul de vârstă de la 0–48 de luni, punctând indirect faptul că întârzierea în dezvoltarea copilului cu dizabilități auditive, purtător al unui implant cohlear, poate fi extinsă doar până la limita de vârstă de 4 ani, limită după care pierderea de auz poate lăsa amprente irecuperabile asupra achiziției limbajului. Se pune accentul în acest fel asupra importanței intervenției timpurii, precum şi asupra delimitării vârstei auzului în comparație cu vârsta cronologică.

Instrumentul este focalizat pe abordarea integrată, globală, a dezvoltării, chiar dacă dimensiunea aceasta de abordare este

Scanned with OKEN Scanner

divizată pe cele şase coordonate. Perspectiva globală este asigurată prin prezentarea elementelor emergente, aflate în curs de dezvoltare, la nivelul unui interval de vârstă, pentru ca apoi acele elemente să fie reluate şi prezentate şi în intervalul de vârstă în care ar trebui să fie achiziționate, fixate. Această abordare, care respectă, de altfel, specificul abordării naturale, pe principiul „bulgărelui de zăpadă", marcată de perspectiva circulară, integrată şi integrantă, asigură o evaluare acurată şi proiectarea unui program de intervenție plasat în zona proximei dezvoltări (atâta timp cât itemii care descriu comportamentele neachiziționate sunt considerați obiective ale programului viitor de intervenție). De exemplu, itemul „Poate utiliza primele cuvinte: pa, mama, apa", cuprins în subscala pentru limbaj expresiv (intervalul de vârstă 10–12 luni), este reluat la nivelul aceleiaşi subscale (intervalul de vârstă 13–15 luni) sub forma „foloseşte în mod consecvent 5 până la 7 cuvinte".

Adaptarea scalei în limba română a ridicat probleme mai ales în ceea ce priveşte subscala de vorbire, în condițiile în care limba română prezintă specificități foneticofonologice, morfologice şi semantice. Specificul cultural este un alt aspect care a trebuit luat în considerare în procesul de adaptare a scalei, mai ales pentru componenta de limbaj pragmatic şi comunicare socială.

Completarea scalei presupune o bună cunoaştere a particularităților de dezvoltare ale copilului evaluat sau identificarea celor mai bune sarcini de evaluare care să permită materializarea comportamentului creionat la nivelul fiecărui item. În aceste condiții, propunem îmbunătățirea scalei prin elaborarea unui set de sarcini care să faciliteze concretizarea fiecărui item, ceea ce ar conferi şi un plus de unitate demersului de evaluare, reducând gradul de subiectivism în abordarea itemilor scalei.

Scala Portage

Acest instrument a fost elaborat în urma implementării unui proiect pentru educația timpurie a copiilor din zonele rurale din

Scanned with OKEN Scanner

Wisconsin (1969–1972). Proiectul se baza pe contribuția părinților şi presupunea concretizare în mediul copilului. Pentru derularea proiectului, specialiştii se deplasau în mediul copilului şi îi ajutau pe părinți să faciliteze dezvoltarea şi achiziția de noi abilități la propriii copii, prin stabilirea nivelului de dezvoltare al copilului, stabilirea obiectivelor intervenției, identificarea de strategii de stimulare şi facilitarea implementării strategiilor de către părinți, prin valorificarea principiilor abordării ecologice a demersului de intervenție (Yule, Rutter, 1987; Reynolds, Fletcher-Janzen, 2004).

Rezultatele proiectului au subliniat eficiența unui astfel de program, care se bucură, de atunci, de o popularitate crescută în întreaga lume, McGraw Hill (1972) subliniind eficiența primilor trei ani de proiect (Reynolds, Fletcher-Janzen, 2004).

În 1976 Bluma, Shearer, Frohman, Hilliard propun o variantă revizuită a programului Portage, o variantă care urmăreşte reperele dezvoltării tipice şi care subliniază modul în care pot fi contabilizate evoluția şi progresul. Astfel, Portage se constituie sub forma unei baterii care cuprinde: o scală de dezvoltare, un set de instrumente şi metode care facilitează stimularea noilor achiziții şi un manual cu instrucțiuni de completare a scalei şi de utilizare a metodelor corectiv-compensatorii (Reynolds, Fletcher-Janzen, 2004).

Scala Portage se adresează intervalului de vârstă 0-6 ani, aceasta fiind delimitată pe cele şase coordonate de bază ale dezvoltării (Yule, Rutter, 1987):

- socializare;
- limbaj;
- autoservire;
- cognitiv;
- motor.

În țara noastră, acest instrument are o amplă utilizare, mai ales în contextul dizabilităților multiple, severe şi profunde, existând chiar posibilitatea de completare online a scalei accesând link-ul http://autism.gamara.ro/portage/.

Scanned with OKEN Scanner

În urma completării scalei se poate genera un profil de dezvoltare, profil pe baza căruia pot fi stabilite obiectivele demersului de intervenție viitor.

DE REȚINUT!

Fiecare instrument de evaluare propune raportarea la normele și reperele pe care terapeutul trebuie să le ia în considerare în mod flexibil. Astfel, trebuie subliniat faptul că achiziția limbajului este un proces cu o crescută variabilitate interindividuală, variabilitate care nu trebuie cadrată, etichetată diagnostic, ci trebuie abordată în acord cu specificul fiecărui caz în parte. Aceste observații subliniază caracterul personalizat al demersului de intervenție la această vârstă!

Children's Communication Checklist — CCC

Această scală a fost elaborată de Bishop (1998), pentru ca apoi să fie revizuită (în 2003 şi 2006). Scala a fost inițial utilizată în cazul copiilor cu vârsta cuprinsă între 7 şi 9 ani, pentru ca acum scala să fie adresată copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 şi 16 ani şi 11 luni. Scala conține 10 subscale: vorbire, sintaxă, semantică, coerență, inițiative necorespunzătoare, limbaj stereotip, utilizarea contextului, comunicare nonverbală, relații sociale, interese (preferințe). Deşi această scală nu este un instrument elaborat sub cupola intervenției timpurii, are o amplă utilizare în practica diagnostică a tulburărilor de limbaj şi comunicare, fiind instrumentul care asigură delimitarea diagnostică a copiilor cu tulburări comunicaționale de natură pragmatică. Scala permite diagnosticul diferențial între copiii care prezintă tulburări din spectrul autist — TSA (Botting, 2004) sau tulburare de atenție cu hiperactivitate — ADHD (Timler, 2014) şi cei care prezintă tulburări specifice de limbaj, tulburări cu fenotip pragmatic.

Având în vedere extinsa utilizare a scalei Children's Communication Checklist, chiar şi la vârste mai mici (studiul lui Timler, 2014, a vizat copii cu vârste cuprinse în intervalul 5–8 ani, în

Scanned with OKEN Scanner

timp ce studiul lui Chuthapisith, Taycharpipranai, Roongpraiwan, Ruangdaraganon, 2014, a vizat un lot de copii cu vârste cuprinse în intervalul 4–6 ani), considerăm că traducerea şi adaptarea acestei scale pentru limba română pot fi oportune şi în vederea evaluării copiilor cu întârziere în dezvoltarea limbajului.

DE REŢINUT!

Dincolo de intervalul de vârstă al copiilor evaluaţi, acest instrument atrage atenţia asupra faptului că tulburările specifice de limbaj (tulburări sub cupola cărora am încadrat întârzierea în dezvoltarea limbajului) reprezintă o categorie diagnostică distinctă, chiar dacă în contextul tulburărilor nonspecifice de limbaj (tulburări de limbaj secundare ADHD, tulburări de limbaj secundare TSA) apare întreaga simptomatologie a tulburărilor specifice de limbaj, dar cu un grad de severitate mai crescut.

Prin urmare, Children's Communication Checklist — CCC este un instrument util pentru realizarea diagnosticului diferenţial între tulburările specifice şi cele nonspecifice de limbaj.

5.5. Evaluarea integrată

Pentru evaluarea integrată a limbajului copiilor care prezintă risc de a dezvolta întârziere în dezvoltarea limbajului sau alte tulburări de limbaj pot fi utilizate o serie de scale, probe, dintre care enumerăm (Paul, 2007):

- *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool*, a doua ediţie (CELF — Preschool, un instrument care vizează evaluarea conceptelor/cunoştinţelor, abilităţilor semantice, sintactice şi morfologice şi se adresează copiilor cu vârsta cuprinsă în intervalul 3–6 ani);
- *Batelle Developmental Inventory* — ediţia a doua (un instrument care vizează evaluarea limbajului şi a vorbirii, evaluarea cogniţiei, a abilităţilor emoţionale şi sociale, a abilităţilor

Scanned with OKEN Scanner

motorii şi de învățare şi a funcționării auditive, iar bateria se adresează copiilor cu vârste cuprinse în intervalul 0–8 ani);
- *Test of Language Development — 3 Primary* (TOLD-3:P, un instrument care vizează abilitățile semantice, morfologice şi sintactice, se adresează copiilor cu vârste cuprinse în intervalul 4–8 ani şi 11 luni);
- *Test of Early Language Development* — ediția a treia (TELD-3, un instrument care vizează abilitățile sintactice şi semantice, în plan receptiv şi expresiv şi se adresează copiilor cu vârste cuprinse în intervalul 2–7 ani şi 11 luni);
- *Test for Auditory Comprehension of Language* (TACL-3, un instrument care vizează abilitățile semantice, morfologice şi sintactice, în planul limbajului receptiv, şi se adresează copiilor cu vârste cuprinse în intervalul 3-9 ani şi 11 luni).

Pentru limba română, *Proba pentru cunoaşterea vârstei psihologice a limbajului adaptată după Alice Descoeudres* poate fi considerată un instrument care să permită evaluarea integrată a limbajului copilului cu vârsta cronologică cuprinsă între 3 şi 7 ani. Proba permite astfel realizarea unei comparații între vârsta limbajului şi vârsta cronologică pe baza unui etalon de dezvoltare (Vrăşmaş, Stănică, 1997; Vrăşmaş, Oprea, 2003).

Proba este structurată pe şapte subscale:
- contrarii (o subprobă care solicită denumirea perechii antonimului pe baza obiectelor concrete);
- completare de lacune (o subprobă care vizează componenta semantică şi sintactică a limbajului);
- repetarea de numere (o subprobă care vizează memoria cifrelor);
- materii (o subprobă care vizează cunoştințele generale şi categoriile semantice);
- contrarii (o subprobă care solicită denumirea perechii antonimului, se lucrează doar cu material verbal);
- culori (o subprobă care vizează abilitățile senzorioperceptive şi categoria semantică a culorilor);

Scanned with OKEN Scanner

– cunoaşterea sensului verbelor (o subprobă care vizează categoria gramaticală a verbului şi abilităţile de comprehensiune verbală).

Analizând direcţiile de construcţie a acestor instrumente care permit abordarea integrată, de timpuriu, a limbajului copiilor care prezintă risc pentru a achiziţiona limbajul într-un ritm încetinit sau care prezintă semne ale unei tulburări de limbaj şi comunicare, se poate concluziona că acestea vizează latura morfologică, sintactică şi semantică a limbajului, laturi care constituie scheletul arhitectural al limbajului, laturi care permit înglobarea tuturor preachiziţiilor limbajului, dar şi a componentei foneticofonologice şi a componentei pragmatice a limbajului.

Având în vedere această concluzie, propunem în anexa II a acestui capitol o fişă de evaluare a limbajului elevilor aflaţi la intrarea în clasa I (cu vârsta cronologică de 6-7 ani), o fişă care este elaborată pe principiile evaluării integrate şi care poate fi utilizată ca instrument de depistare a copiilor care prezintă risc de a dezvolta, pe lângă eventualele tulburări de limbaj oral, dificultăţi în achiziţia limbajului scris-citit.

6. Direcţii de intervenţie

Demersul de intervenţie în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului poate fi nuanţat în funcţie de următorii parametri:

– vârsta cronologică la care s-a realizat diagnosticarea;
– factorii de mediu care interferează cu evoluţia tipică;
– specificitatea simptomatologică;
– severitatea tabloului simptomatologic.

Având în vedere aceste direcţii în organizarea demersului de intervenţie, enumerăm următoarele programe, metode, tehnici de abordare a copilului cu întârziere în dezvoltarea limbajului: tehnica masajului orofacial; metode psihologice şi psihoterapeutice de abordare a contextelor emoţionale problematice cu care copilul se poate confrunta, metode psiholingvistice specifice (exemplu: abordarea

Scanned with OKEN Scanner

naturală a conversației, analiza mostrelor de limbaj), metode logopedice (exemplu: metoda fonetico-analitico-sintetică, tehnici de emitere, consolidare, diferențiere şi automatizare a sunetelor), metode de modelare comportamentală şi emoțională, metode de abordare integrată a copilului prin utilizarea jocului.

Biber (2013) a insistat asupra intervenției timpurii de natură logopedică, la nou-născuți şi copii mici, prin prisma tulburărilor pe care aceştia le au în înghițire şi alimentație. Astfel, întreaga sa prezentare s-a focalizat asupra considerării celor mai mici abateri, deficite pe care nou-născutul le poate manifesta în planul înghițirii şi alimentației, ca fiind direct relaționate cu tulburări viitoare în planul achiziției limbajului. Datele oferite de Biber (2013) subliniază importanța abordării de către logoped a domeniului tulburărilor de înghițire, precum şi relația dintre aceste tulburări şi tulburările de limbaj, punându-se accentul asupra relevanței intervenției timpurii.

Tehnica masajului orofacial

Dintre direcțiile de intervenție pe care Biber (2013) le-a descris, detaliem tehnica masajului orofacial. Această tehnică se dovedeşte a fi cu atât mai pertinentă cu cât ASHA (2015d) delimitează în domeniul practicii logopedice la copil categoria tulburări orofaciale de natură miofuncțională. Aceste tulburări se caracterizează prin mişcările inadecvate ale limbii care duc la dificultăți articulatorii şi tulburări de înghițire, şi la o poziție cvasipermanentă cu gura deschisă. Aceste tulburări nu se manifestă imediat după naştere, însă din cauza deficitelor de motricitate lingual şi a feței, implicațiile tulburării se resimt mai ales în pronunția gamei sunetelor siflante (pentru limba engleză şi română — s, z) şi în cazul limbii române şi a sunetelor şuierătoare (ş, j), precum şi a africatelor (ț, č, ğ).

Astfel, pentru a facilita creşterea tonusului muscular la nivel facial; îmbunătățirea coordonării mişcărilor de la nivelul facial şi de la nivelul cavității bucale; creşterea tonusului muscular la nivel orofacial şi lingual; îmbunătățirea deglutiției, creşterea nivelului de conştientizare

Scanned with OKEN Scanner

a mişcărilor şi poziţiei organelor fonoarticulatoare, poate fi propusă ca modalitate de intervenţie tehnica masajului orofacial.

Tehnica masajului orofacial presupune o integrare senzorială crescută şi are un real impact asupra creşterii tonusului musculaturii orofaciale, aceasta putând fi utilizată şi în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului.

Tehnica pe care o vom prezenta este adaptată de Biber (2012, 2013)[1] după Castillo Morales (acesta a dezvoltat tehnica de stimulare senzoriomotorie începând cu anul 1977 şi se adresa copiilor cu hipotonie musculară, dar mai ales celor cu tulburări neurologice).

Masajul se realizează cu mişcări vibrânde pentru a stimula mai puternic terminaţiile nervoase de la nivel facial. Se începe cu masarea frunţii, urmând linia de deasupra sprâncenelor. Se aplică mişcarea de masare a frunţii pornind de la mijlocul frunţii şi se realizează masarea cu degetul mare de la ambele mâini. În momentul în care se finalizează masarea pe linia sprâncenelor se încheie această linie prin realizarea unui punct de presiune. Se continuă prin masarea zonei de sub ochi (în sens invers mişcării precedente), iar punctarea închiderii mişcării se realizează cu aceleaşi puncte de presiune. *Această mişcare are efect de stimulare a coordonării musculaturi faciale şi de activare a musculaturii de la nivel ocular.*

Este realizată apoi masarea nasului (pe ambele părţi, la nivelul liniei narinelor), mişcarea încheindu-se cu punctele de presiune sub nas, deasupra buzei superioare. *Această mişcare are efect de stimulare a musculaturii nasului şi de pregătire a musculaturii buzei superioare.*

Se trece apoi la masarea musculaturii de la nivelul obrajilor şi maxilarelor, se iniţiază mişcarea de masare de la nivelul joncţiunii temporo-mandibulare, mişcarea fiind descendentă spre cavitatea bucală. *Această mişcare are rolul de a stimula muşchii maseteri, contribuind la îmbunătăţirea abilităţii articulatorii şi de alimentaţie.*

---

1 Tehnica masajului oro-facial este descrisă pe baza informaţiilor teoretice şi practice din cadrul cursului de formare la care autoarea volumului a participat, proiect organizat prin programul „Erasmus+", intitulat „Let me be one of you!".

Scanned with OKEN Scanner

Se continuă masarea gurii, prin realizarea unor mişcări circulare (la fel ca la nivelul ochilor). Încheierea liniei de masare a gurii se realizează la nivelul zonei mediane a buzei inferioare, după care se continuă cu coborârea masajului sub bărbie, unde se realizează un punct de presiune. *Aceste mişcări stimulează musculatura de la nivelul cavităţii bucale (muşchii orbiculari), îmbunătăţesc abilităţile de închidere şi deschidere a cavităţii bucale şi stimulează înghiţirea.*

Se continuă apoi cu masarea intraorală, cu grijă, pentru a nu angrena reflexul de vomă. Stimularea intraorală debutează cu masarea obrajilor, prin aceeaşi mişcare de coborâre. *Această mişcare are efectul de stimulare a musculaturii.*

Musculatura gingiilor este stimulată prin mişcări repetate, orientate din faţă înspre spate şi din spate înspre faţă (mişcările sunt repetate de 3 ori). *Aceste mişcări au rolul de a stimula producţia de salivă şi de a creşte capacitatea receptoare a zonei. Între mişcări trebuie făcute pauze pentru a da posibilitatea copilului de a-şi înghiţi saliva.*

Pentru stimularea muşchilor bucinatori se plasează indexul în cavitatea bucală pe peretele intern al obrazului, în timp ce degetul mare este poziţionat pe faţa externă a obrazului. Se realizează o mişcare descendentă.

Se stimulează apoi marginile limbii prin mişcări de lovire uşoară a acestora dinspre partea posterioară înspre partea anterioară, punctând vârful limbii. *Aceste mişcări au rolul de a stimula musculatura linguală şi de a pregăti mişcările articulatorii.*

Palatul dur este stimulat printr-o mişcare dinspre partea anterioară înspre partea centrală, unde se realizează un punct de presiune. *După realizarea acestor mişcări, terapeutul îşi retrage mâna, pentru a permite închiderea cavităţii bucale şi activarea controlului maxilarelor.*

Printr-o mişcare orientată dinspre zona mediană înspre partea anterioară (vârful limbii) este stimulată şi limba. Tendinţa normală este aceea de retragere a limbii. Dacă limba este în poziţie retractată, se iniţiază mişcarea de stimulare dinspre zona anterioară (vârful limbii), înspre zona mediană. *Prin urmare, mişcarea de stimulare are*

Scanned with OKEN Scanner

rolul de a creşte mobilitatea limbii şi de a facilita închiderea gurii, poziționarea corectă a limbii şi înghițirea.

Biber (2012, 2013) a prezentat această tehnică de masaj sublinindu-i utilitatea în cazul nou-născuților care au dificultăți de înghițire.

Desigur că tehnica se poate aplica atât copiilor mai mari, cât şi adulților, şi efectele masajului de stimulare orofacială se răsfrâng şi asupra abilităților articulatorii. În acest sens menționăm studiul realizat de Limbrock, Castillo-Morales, Hoyer, Stöver, Onufer (1993), care a surprins implicațiile pozitive ale tehnicii de stimulare orofacială Castillo Morales, în contextul sindromului Down; studiul condus de Polásková, Nováková, Slezáková (1993), care a evidențiat efectele pozitive ale stimulării orofaciale în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului datorată hipotoniei musculare la nivel facial şi studiul condus de Carmona Hirata, Sampaio Santos (2012), care a evidențiat efectele pozitive ale tehnicilor de stimulare orofacială în contextul paraliziei cerebrale şi al disfagiei orofaringiene asupra abilităților articulatorii şi comunicaționale.

Evaluarea formativă

O altă direcție terapeutică pe care o putem propune în abordarea întârzierii în dezvoltarea limbajului având în vedere criteriul vârstei cronologice este cea delimitată prin instrumentarul utilizat în evaluare: Scala de evaluare neonatală a comportamentului — NBAS, *Communication Matrix*, Scala Auditiv-verbală, *Model of Circles*, Scala integrată de dezvoltare, Programul Portage.

Practic, fiecare metodă utilizată în evaluare delimitează aspectele funcționale şi atrage atenția asupra discrepanței dintre vârsta cronologică şi achizițiile realizate, oferind direcții terapeutice viitoare. Astfel, obiectivele demersului terapeutic pot fi formulate având în vedere diferențele dintre achizițiile copilului şi ceea ce ar fi trebuit să fi achiziționat ținând cont de vârsta sa cronologică.

În termeni psihopedagogici această modalitate terapeutică poate fi denumită tehnica evaluării formative, o tehnică în care demersul

Scanned with OKEN Scanner

de evaluare este intim legat de demersul de intervenție, tehnică în care abordarea cantitativă a rezultatelor copilului este mai puțin relevantă, dar care în plan calitativ contribuie la colectarea de date cu scop terapeutic.

Programul terapeutic tridimensionat

Anca (2005), în abordarea problematicii dezvoltării limbajului, delimitează trei etape importante, etape din care derivă și tehnicile terapeutice specifice, în contextul în care apar perturbări ale ritmului de achiziție a limbajului, întârzieri în dezvoltarea limbajului:

- etapa în care se achiziționează pattern-urile intonaționale și accentul — este etapa postnatală în care copilul este atras de sunetele din jur și începe să diferențieze vocile din jur;
- etapa achiziției unităților lingvistice, a cuvintelor. Această etapă începe odată cu vârsta de 10–12 luni;
- etapa structurării componentei gramaticale. Această etapă debutează după ce copilul are achiziționat un vocabular activ, pe marginea căruia poate stabili relații morfosintactice între cuvinte. Această etapă debutează în jurul vârstei de 20 de luni, concomitent cu utilizarea primelor structuri propoziționale alcătuite din două elemente.

Având în vedere această etapizare a achiziției limbajului, propunem *Programul terapeutic tridimensionat* de abordare a întârzierilor în dezvoltarea limbajului (oferind și câteva exemple și sarcini care pot fi utilizate). Acest program este structurat astfel:

1. În prima etapă se realizează o stimulare a abilităților perceptiv-auditive ale copilului, precum și a abilităților de diferențiere auditivă. În această etapă se insistă asupra elaborării de exerciții și sarcini delimitate pe cele patru etape specifice în stimularea auditiv-verbală:

- detecția sunetelor (detecția sunetelor se antrenează prin sarcini de localizare a sursei sonore și de indicare a prezenței sau absenței sunetului);

Scanned with OKEN Scanner

- discriminarea sunetelor (Discriminarea sunetelor se exersează prin sarcini în care copilul stabileşte dacă două sunete sunt la fel sau diferite. Se insită asupra diversificării gamei sunetelor-stimul. Astfel, se introduc sunete din natură, sunete emise de instrumente muzicale, sunete ale vorbirii. Pot fi oferite şi sarcini de diferenţiere a diferitelor tipuri de voci: vocea de copil, vocea de femeie, vocea de bărbat. Exemple de sarcini: ridică mâna atunci când auzi sunetul „p"; trage o linie dacă perechile următoare de sunete sunt diferite; realizează un pas în faţă dacă perechile de cuvinte audiate sunt identice);
- identificarea sunetelor şi cuvintelor (identificarea sunetelor poate fi antrenată prin sarcini de denumire a sunetelor-stimul. Se insistă şi la acest nivel al programului terapeutic pe diversificarea tipurilor de stimuli auditivi. De asemenea, abilităţile de identificare se pot antrena şi prin valorificarea cuvintelor. Exemple de sarcini: indică imaginea corespunzătoare cuvântului/sunetului audiat; oferă un sinonim şi un antonim pentru următoarele cuvinte etc.);
- comprehensiunea sunetelor, cuvintelor şi propoziţiilor (pentru antrenarea abilităţilor de comprehensiune verbală trebuie elaborate sarcini care să faciliteze utilizarea materialului verbal şi demonstrarea înţelegerii utilizării lui. Astfel, un exemplu de sarcină de comprehensiune verbală este acela de a defini cuvintele date; de a elabora propoziţii şi texte pe baza unui cuvânt dat sau pornind de la o anumită imagine; de a continua o poveste începută etc.).

2. În a doua etapă se realizează exerciţii şi sarcini de stimulare a achiziţiei de noi unităţi lingvistice, de extindere a volumului vocabularului activ şi pasiv. Exemple de sarcini: denumeşte imagini şi obiecte; defineşte cuvintele date; construieşte familii de cuvinte utilizând prefixe şi sufixe; oferă sinonime şi antonime; delimitează la nivel propoziţional sensurile cuvintelor omonime date etc.

Scanned with OKEN Scanner

De asemenea, antrenarea abilităților lexicosemantice se poate realiza prin utilizarea *hărților semantice*. Harta semantică reprezintă o modalitate de reprezentare a unui cuvânt sau concept în relație cu alte cuvinte sau idei (Heimlich şi Pittelman, 1986 apud Bodea Hațegan, Talaş, 2015). Această tehnică facilitează achiziția integrată a cuvintelor, ceea ce contribuie şi la intensificarea abilităților de utilizare contextuală a acestora. Prin intermediul hărților semantice se poate realiza trecerea de la nivelul cuvântului la nivelul propoziției şi textului, harta semantică putând fi un eficient mijloc de rezumare a unui text. Utilizarea hărților semantice bazate pe reprezentări vizuale a fost pusă în evidență de Şerban (2015), printr-un studiu derulat pe un lot de copii cu dizabilități auditive, ceea ce înseamnă că harta semantică redată vizual poate fi o bună modalitate de antrenarea a abilităților lexicosemantice chiar şi la vârste mici sau în contextul dizabilității auditive sau intelectuale. (În studiul său, Şerban utilizează conceptul de rețea semantică în locul celui de hartă semantică.)

Propunem în această etapă a programului terapeutic utilizarea *„tehnicii listei celor 50 de cuvinte — T50"*. Această tehnică a fost elaborată şi experimentată ca urmare a concluziilor subliniate de Petionou, Spanoudis (2014) cu privire la întârzierea în dezvoltarea limbajului. Cei doi autori menționați au subliniat faptul că, de obicei, diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului se stabileşte atunci când copilul are un ritm încetinit de achiziție a limbajului, apar discrepanțe între dezvoltarea abilităților lingvistice şi vârsta cronologică a copilului, iar în aceste condiții volumul vocabularului este redus, de obicei, la mai puțin de 50 de cuvinte.

În aceste condiții propunem „tehnica listei celor 50 de cuvinte — T50", tehnică implementată la nivelul unor studii de caz, în mod empiric, dar care urmează să fie validată pe baza datelor ştiințifice colectate.

T50 este utilizată în contextul întârzierii în dezvoltarea limbajului în prima parte a şedinței terapeutice. Tehnica presupune:

Scanned with OKEN Scanner

- întocmirea unei liste de cuvinte (în cazul în care copilul prezintă o întârziere majoră în dezvoltarea limbajului, lista cuprinde inițial un număr mic de cuvinte, pentru ca mai apoi, odată cu fiecare ședință terapeutică, lista să fie completată cu noi cuvinte, urmărindu-se atingerea numărului de 50 de cuvinte);
- reactualizarea cuvintelor de către copil după modelul terapeutului (în timpul reactualizării, copilul poate avea și sarcina de a încercui cuvintele pronunțate, în acest fel copilul fiind participant activ al demersului terapeutic. Se recurge la această implicare activă a copilului pentru a facilita menținerea atenției focalizate, având în vedere faptul că tehnica nu este foarte antrenantă. Desigur că sarcina de încercuire poate fi înlocuită și cu o altă sarcină, care facilitează implementarea T^{50});
- modelarea pronunției cuvintelor de către terapeut (modelarea trebuie să evite exagerarea, astfel că se repetă modelul de pronunție corect de maximum trei ori într-o ședință, urmând ca în ședința viitoare să se reia activitatea de modelare a cuvântului pronunțat deficitar!);
- generalizarea utilizării cuvintelor de către părinte în mediul familial, prin abordarea naturală a conversației.

Implementarea tehnicii trebuie să se realizeze cu grijă pentru că scopul utilizării acesteia nu este acela de a frustra copilul și de a-i sublinia tulburările de limbaj, ci de a-l motiva pentru a se implica activ în cadrul activităților derulate în vederea stimulării achiziției lui lingvistice.

Prin urmare, lista trebuie să conțină cuvinte simple din punct de vedere fonetic, care nu ridică dificultăți articulatorii majore, cuvinte care odată însușite facilitează și inserția copilului în grupul de prieteni, colegi, facilitează stabilirea de relații comunicaționale adecvate cu părinții.

Se recomandă ca T^{50} să fie implementată până în momentul în care copilul reușește să pronunțe corect cele 50 de cuvinte din listă. În anexa III a capitolului prezentăm o listă model cu 50 de

Scanned with OKEN Scanner

cuvinte. Se poate realiza şi un profil de achiziţie a cuvintelor, iar cuvintele pe care copilul le poate pronunţa corect sau care sunt în curs de modelare trebuie prezentate şi părintelui pentru ca acesta, în mediul familiar, să asigure generalizarea utilizării lor corecte.

Utilizarea listei de către părinte trebuie să se realizeze cu grijă, adică în mod natural, pentru că prin insistarea exagerată a părintelui asupra pronunţiei corecte se poate ajunge la condiţionarea agresivă a copilului faţă de această sarcină. În acest sens, se recomandă informarea părintelui şi pregătirea acestuia pentru a generaliza utilizarea cuvintelor.

După implementarea T^{50}, se poate recurge la utilizarea unor liste complexe de material lingvistic, care să stimuleze achiziţia lingvistică şi îmbogăţirea vocabularului copilului. În acest sens detaliem „tehnica cuvintelor scrise".

„Tehnica cuvintelor scrise — TCS" presupune utilizarea cartonaşelor pe care este scris câte un singur cuvânt, sarcina copilului fiind aceea de a pronunţa cuvântul. Se insistă astfel, prin această tehnică, pe stimularea abilităţilor de citire globală, pregătind în acest fel copilul pentru achiziţia scris-cititului. TCS facilitează, pe lângă dezvoltarea abilităţilor perceptiv-vizuale şi auditive, şi dezvoltarea abilităţilor de procesare fonologică, precum şi de creştere a volumului vocabularului, fiind o tehnică ce poate fi utilizată indiferent de vârsta copilului cu întârziere în dezvoltarea limbajului.

Pentru susţinerea acestei tehnici menţionăm programele: *See and Learn*, elaborat de Sue Buckley şi colaboratorii săi de la Down Syndrome Educational Trust din Portsmouth, Anglia (program adresat copiilor de 2-3 ani); programul *Teaching Reading to Children with Down Syndrome*, elaborat de Patricia Oelwein, programul *EreadingPro*, program prezentat de Hathazi (2014).

3. În a treia etapă se derulează exerciţii de antrenare a abilităţilor gramaticale.

Scanned with OKEN Scanner

Structurarea gramaticală se bazează pe principalele preachiziții ale limbajului, anume structurile senzorioperceptive, schema corporală, lateralitatea, spațiul și timpul (Iossifova, 2014).

Astfel, după ce copilul are achiziționată schema corporală, poate organiza spațiul prin adverbele „sus-jos". Acestea sunt achiziționate undeva în jur de trei ani, în mod tipic. La vârsta de patru ani, copilul ajunge să delimiteze spațiul prin utilizarea structurilor adverbiale „în față — în spate", pentru ca la cinci ani să delimiteze spațiul în funcție de lateralitate „stânga — dreapta" (Bodea, Talaș, Pop, 2014). De asemenea, spațiul este organizat și pe baza prepozițiilor. Primele prepoziții achiziționate sunt cele care exprimă proximitatea: „în", „pe", „sub", „lângă". După cucerirea spațiului proximal se realizează cucerirea spațiului distal prin structuri adverbiale de tipul „aici — acolo", cu gradele de comparație aferente. Organizarea spațiului prin achiziția componentelor gramaticale aferente facilitează asocierea cuvintelor, construirea primelor sintagme, materializarea primelor relații gramaticale, ceea ce practic înseamnă organizarea temporală (limbajul înseamnă secvențialitate, adică timp).

Concomitent cu achiziția schemei corporale și a organizatorilor de spațiu se dezvoltă și abilitățile senzorioperceptive, obiectele din jur încep să fie delimitate pe baza caracteristicilor acestora (în acest fel se achiziționează categoria gramaticală a adjectivului, precum și gradele de comparație aferente). În același timp se configurează și modalitățile de exprimare mai rafinată a relațiilor copilului cu ceilalți, prin achiziția categoriei numărului și a categoriilor pronominale.

În jurul vârstei de 5 ani structurarea preachizițiilor limbajului se încheie odată cu achiziția lateralității (lateralitatea reflectă dominanța activării cerebrale. La indivizii umani lateralitatea este preponderent dreaptă, ceea ce înseamnă că emisfera cerebrală dominantă este emisfera stângă, emisfera care este centrată pe procesarea limbajului). Prin urmare, în jurul vârstei de 5 ani spațiul este fixat și prin delimitarea părții stângi și a părții drepte

Scanned with OKEN Scanner

a corpului, caietului etc., ceea ce atrage o rafinare şi extindere a vocabularului activ al copilului, precum şi o consolidare a modalităților gramaticale de exprimare a relațiilor.

DE REȚINUT!

Sumarizând bazele dezvoltării gramaticale, putem delimita următoarele relații:

- **de la corp la schema corporală în relație cu ceilalți — spațiu și timp;**
- **de la un referent la mai mulți referenți.**

Aceasta înseamnă că odată cu deplasarea concentrării copilului pe propria schemă corporală (odată cu renunțarea la perspectiva egocentrică) și orientarea spre ceilalți, limbajul începe să se configureze, sub aspect gramatical (în intervalul 18 luni–5 ani). La 5 ani componenta gramaticală, ca schelet, este considerată a fi închegată.

Din această perspectivă, vârsta de 5 ani poate fi considerată limita superioară a acceptării întârzierii în dezvoltarea limbajului, fapt asumat de unele sisteme educaționale, așa cum este sistemul Cambridge. Ceea ce înseamnă că intrarea în clasa I are loc la vârsta de 5 ani.

Având în vedere aspectele teoretice prezentate mai sus, este evident că achiziția componentei gramaticale este etapa cea mai delicată din perioada de dezvoltare a limbajului. Acestei componente trebuie să i se aloce un spațiu specific în demersul terapeutic, ea fiind cea care face trecerea de la nivelul cuvântului la nivelul propoziției şi al textului/discursului.

Exercițiile de antrenare a abilităților gramaticale pot viza fie componenta de limbaj receptiv, fie componenta de limbaj expresiv.

Pentru componenta receptivă se lucrează exerciții de asociere a structurilor sintagmatice şi propoziționale cu imaginile aferente. Exercițiile pot fi elaborate după structura Probei de evaluare a abilităților morfologice în limba română — PEAMR (Bodea Hațegan, 2014), fiecare item al probei este redat imagistic, iar sarcina copilului este aceea de a indica imaginea corespunzătoare itemului

Scanned with OKEN Scanner

dat prin selectarea imaginii din patru variante posibile (doar una dintre imagini este imaginea-țintă, în timp ce o imagine conține un distractor lexical, o imagine conține un distractor morfologic, o imagine conține un distractor lexical și unul semantic).

Pentru componenta expresivă se lucrează exerciții de utilizare a categoriilor morfemice: exerciții de generare a formei de plural; exerciții de enumerare a caracteristicilor unui obiect; exerciții de completare a spațiilor lacunare cu structurile gramaticale absente; exerciții de formare de familii morfolexicale prin derivarea cuvintelor cu sufixe și prefixe.

DE REȚINUT!

Programul terapeutic tridimensionat este prezentat etapizat din rațiuni metodice. Implementarea programului presupune abordarea integrată, toate cele trei dimensiuni putând fi abordate chiar pe parcursul unei singure activități.

Chiar dacă modelarea pronunției nu este o etapă în sine a programului, insistăm asupra emiterii corecte a sunetelor deficitare, dar mai ales asupra oferirii modelului articulator corect copilului, ori de câte ori este nevoie, indiferent de tipul de sarcină în care acesta este integrat. Oferirea modelului articulator corect presupune și reactualizarea imediată a acestuia de către copil.

7. Concluzii

Întârzierea în dezvoltarea limbajului este o încadrare diagnostică la care se apelează frecvent ca diagnostic intermediar în perioada în care copilul este monitorizat sau supus unor evaluări complexe, ceea ce înseamnă că de foarte multe ori întârzierea în dezvoltarea limbajului este doar o rampă spre alte încadrări diagnostice.

În ciuda uzanțelor, aceasta este o încadrare diagnostică care reclamă abordare specifică, atât sub aspectul evaluării, cât și sub aspectul intervenției, iar circumscrierea simptomatologică

Scanned with OKEN Scanner

facilitează sublinierea statutului foarte clar al tulburării, deşi s-au coagulat multiplele controverse în jurul tabloului său patologic.

Abordarea timpurie a cazurilor de întârziere în dezvoltarea limbajului şi implementarea unor direcţii naţionale de prevenţie a tulburărilor de limbaj şi comunicare ar trebui să fie coordonatele principale, care se desprind din parcurgerea acestui capitol, precum şi sublinierea importanţei abordării limbajului şi a comunicării, încă de la naştere, sub aspect terapeutic.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (a cincea ediţie.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecţii*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2009). *Tehnici specifice de terapia limbajului*, suport de curs IDD, Catedra de psihopedagogie specială, Cluj-Napoca: Universitatea Babeş-Bolyai.

Anca, M., Bodea Haţegan, C. (coord.) (2012). *Scala integrată de dezvoltare*, traducere şi adaptare în limba română, Switzerland: Cochlear AG Press.

ASHA, (2015a). *Early Detection of Speech, Language and Hearing Disorders*, consultat în data de 17.12.2015, pe http://www.asha.org/public/Early-Detection-of-Speech-Language-and-Hearing-Disorders/.

ASHA, (2015b). *Late Blooming or language problem?*, consultată în data de 21.12.2015, pe http://www.asha.org/public/speech/disorders/LateBlooming/.

ASHA, (2015c). *How Does Your Child Hear and Talk?*, consultată în data de 22.12.2015, pe http://www.asha.org/public/speech/development/chart/.

Scanned with OKEN Scanner

ASHA, (2015d). *Orofacial Myofunctional Disorders (OMD)*, consultată în data de 26.12. 2015, pe http://www.asha.org/public/speech/disorders/OMD/.

Biber, D. (2012). *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen: Leitfaden für Diagnostik, Management und Therapie im Klinischen Alltag (German Edition)*, Wien: Springer.

Biber, D. (2013). *Dysphagia in the early childhood and children with feeding disorders in clinical practice. Assessment and management of feeding problems in preterms and young babies*, prezentare susținută cu ocazia cursului de formare organizat în cadrul Proiectului Program ERASMUS „Let me be one of you!", Bulgaria, 12–21 iulie 2013.

Bishop, D.V.M. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39 (6), 879-891.

Bishop, D.V.M. (2003). *The Children's Communication Checklist — 2*, London: The Psychological Corporation.

Bishop, D.V.M. (2006). *CCC-2; Children's Communication Checklist-2, United States Edition, Manual*. San Antonio, TX: Pearson.

Bodea Hațegan, C. (2014). *Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice*, E-book, Cluj-Napoca: Editura Argonaut.

Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (2014a). Communication Matrix — An Assessment Tool Used in a Case of Autism Spectrum Disorders, The International Conference Psychology and the Realities of the Contemporary World — 4th edition — PSIWORLD 2013, *Elsevier-Procedia — Social and Behavioral Sciences*, Editor: Mihaela Chraif, Cristian Vasile and Mihai Aniței, 127: 169–173, doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.234.

Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (2014b). Issues in Bilingualism in the Context of Autism Spectrum Disorders. Case Study Report, *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 5 (3): 8–20.

Scanned with OKEN Scanner

Bodea Hațegan, C.; Talaş, D. (2014, c). Traducere şi adaptare în limba română a scalei Auditory Developmental Scale:0-6 Years (Scala de Dezvoltare Auditivă, de la 0-6 ani), http://www.auditoryverbaltraining.com/Aud%20Dvlpmtl%20Scale%20Romanian%20version%20SCALA%20DE%20DEZVOLTARE%20AUDITIV.pdf.

Bodea Hațegan, C., Talaş, D., Pop, F.D. (2014). Spatial concepts related to expressive language in preschool children, *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Series „Psychologia-Paedagogia"*, 59 (LIX) 2, 13–24.

Bodea Hațegan, C. (2015). *Tulburările de limbaj şi comunicare*, în Roşan, A. (2015). Psihopedagogia specială. Evaluare şi intervenție, Iaşi: Polirom.

Bodea Hațegan, C., Talaş, D. (2015). Psycho-pedagogical directions for the training and development of lexical-semantic dimensions of language, Procedia of Interdisciplinarity DSCEI 2014, AARDVARK Global Publishing, Utah, USA, pp. 66–78.

Botting, N. (2004). Children's Communication Checklist (CCC) scores in 11-year-old children with communication impairments. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 39(2):215-27.

Boyse, K. (2012). Speech and language delay and disorder, University of Michigan Health System, http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/speech.htm, consultată în data de 20.12.2015.

Brazelton, T.B., Nugent, J.K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*, Londra: Mac Keith Press.

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Esparó, G. şi Fernández-Ballart, J. (2011). Neonatal Behavioral Assessment Scale as a predictor of cognitive development and IQ in full-term infants: a 6-year longitudinal study. *Acta Paediatrica, 100*(10), 1331–1337. doi:10.1111/j.1651-2227.2011.02306.x.

Carmona Hirata, G., Sampaio Santos, R. (2012). Rehabilitation of oropharyngeal dysphagia in children with cerebral palsy: A systematic review of the speech therapy approach. *International*

Scanned with OKEN Scanner

Archives Of Otorhinolaryngology, 16(3), 396-399. doi:10.7162/S1809-97772012000300016.

Costa, R., Figueiredo, B., Tendais, I., Conde, A., Pacheco, A., şi Teixeira, C. (2010). Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale: A psychometric study in a Portuguese sample. *Infant Behavior & Development, 33*(4), 510-517. doi:10.1016/j.infbeh.2010.07.003.

Chuthapisith, J., Taycharpipranai, P., Roongpraiwan, R., Ruangdaraganon, N. (2014). Translation and validation of the Children's Communication Checklist to evaluate pragmatic language impairment in Thai children. *Pediatrics International: Official Journal Of The Japan Pediatric Society,* 56(1), 31-34. doi:10.1111/ped.12216.

Dalili, H., Nili, F., Sheikh, M., Hardani, A.K., Shariat, M., Nayeri, F. (2015). Comparison of the Four Proposed APGAR Scoring Systems in the Assessment of Birth Asphyxia and Adverse Early Neurologic Outcomes. *Plos ONE, 10*(3), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0122116.

Dubowitz, L.M.S, Dubowitz, V., Mercuri, E. (1999). *The Neurological Assessment of the Preterm and Full-term Newborn Infant. Clinics in Developmental Medicine,* ediția a doua, Londra: Mac Keith Press.

Hathazi, A. (2014). Particularități ale însuşirii cititului în sindromul Down, lucrare prezentată în cadrul workshop-ului „Abordări interdisciplinare în dezvoltarea abilităților lexice", 31.10.2014, consultată în data de 30.12.2015, pe https://asttlr.files.wordpress.com/2014/11/andrea_hathazi_particularitati_cititul_in-sindromul-down.pdf.

Hațegan, C. (2011). *Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare,* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Hawthorne, J. (2004). Training Health Professionals in the Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and its Use as an Intervention, *The Signal. Newsletter of the World Association for Infant Mental Health,* Vol. 12, No. 3 & 4, 1–5.

Iossifova, R. (2014). *Language comprehension impairments,* prezentare susținută cu ocazia cursului de formare organizat în cadrul

Scanned with OKEN Scanner

proiectului ERASMUS „Bridges for ideas and practices", Bulgaria, 22–31 august 2014.

Korkman, M., Stenroos, M., Mickos, A., Westman, M., Ekholm, P., Byring, R. (2012). Does simultaneous bilingualism aggravate children's specific language problems? *Acta Paediatrica* (Oslo, Norvegia: 1992), 101(9), 946-952. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02733.x.

Lal, S., Lal, S., Siddiqui, A.I., Jamro, B., Jamro, S. (2014). Breath-holding spells mimic seizures, its clinical features and outcome. *Medical channel*, 20(1), 30-34.

Limbrock, G.J., Castillo-Morales, R., Hoyer, H., Stöver, B., Onufer, C.N. (1993). The Castillo-Morales approach to orofacial pathology in Down syndrome. *International Journal of Orofacial Myology*. 19:30-7.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Ohgi, S., Arisawa, K., Takahashi, T., Kusumoto, T., Goto, Y., Akiyama, T., şi Saito, H. (2003). Neonatal behavioral assessment scale as a predictor of later developmental disabilities of low birth-weight and/or premature infants. *Brain & Development*, *25*(5), 313. doi:10.1016/S0387-7604(02)00233-4.

Ohgi, S., Gima, H., Akiyama, T. (2006). Neonatal behavioural profile and crying in premature infants at term age. *Acta Paediatrica*, *95*(11), 1375–1380. doi:10.1080/08035250600602984.

Papalia, D.E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2010). Dezvoltarea umană, Bucureşti: Editura Trei.

Paul, R. (2007). *Language Disorders from Infancy through Adolescence: Assessment and Intervention*, ediția a treia, St. Louis: Mosby-Year Book.

Păunescu, C. (1984). *Tulburările de limbaj la copil*, Bucureşti: Editura Medicală.

Petionou, K., Spanoudis, G. (2014). Early Language Delay Phenotypes and Correlation with Later Linguistic Abilities, *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 66 (1-2): 66-76.

Scanned with OKEN Scanner

Polásková, B., Nováková, K., Slezáková, E. (1993). The Castillo-Morales method in children with orofacial hypotonia. *Ceskoslovenská Pediatrie, 48*(9), 552–553.

Reynolds, C.R., Fletcher-Janzen, E. (coord.) (2004). *Concise Encyclopedia of Special Education: A Reference for the Education of the Handicapped and Other Exceptional Children and Adults*, ediția a doua, New: York: John Wiley and Sons, Inc.

Rowland, C. (2012). Communication Matrix: Description, Research Basis and Data. Portland, OR: Oregon Health & Science University, Design to Learn Projects Website: https://www.communicationmatrix.org/CommunicationMatrixDataandResearchBasis.pdf, consultată în data de 18.12.2015.

Rowland, C. (2004,a). *Communication Matrix*. Portland, OR: Design to Learn Products.

Rowland, C. (2004,b). *Communication Matrix, Especially for Parents*. Portland, OR: Design to Learn Products.

Rowland, C. (2011). Using the Communication Matrix to Assess Expressive Skills in Early Communicators. *Communication Disorders Quarterly*, 32: 190-201.

Şerban, I. (2015). Rețele semantice adaptate vizual pentru elevii cu dizabilitate auditivă, *Revista română de terapia tulburărilor de limbaj şi comunicare — RRTTLC*, 1: 75–81

Timler, G.R. (2014). Use of the Children's Communication Checklist-2 for classification of language impairment risk in young school-age children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 23(1): 73–83.

Tronick, E.Z. (1987). The Neonatal Behavioral Assessment Scale as a Biomarker of the Effects of Environmental Agents on the Newborn, *Environmental Health Perspectives*, 74, 185–189.

Ungureanu, D. (1998). *Compendiu logopedic şcolar*, Timişoara: Editura Eurostampa.

Vogindroukas, I., Grigoriadou, E. (2009). *Test of Receptive and Expressive Language Assessment*, Glagki: Greece.

Scanned with OKEN Scanner

Vogindroukas, I. (2015). *Model of Circles*, prezentare susținută cu ocazia cursului de formare organizat în cadrul proiectului ERASMUS, „The Magic to Communicate!", Bulgaria, 31.07-9.08. 2015.

Vrăşmaş, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică.

Vrăşmaş, E., Oprea, V. (coord.) (2003). *Set de instrumente, probe şi teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități*, Bucureşti: Editura MarLink.

Yule, W., Rutter, M. (1987). *Language development and disorders*. Londra: Mac Keith Press.

XXX, (2009). *Integrated Scales of Development. From Listen, Learn and Talk*, English, Cochlear AG, European Headquarters Peter Merian-Weg 4 CH — 4052 Basel: Switzerland.

www.edu.ro

https://www.communicationmatrix.org/

https://www.communicationmatrix.org/NewTranslations.aspx

http://ieel.gr.

https://play.google.com/store/apps/details?id=ppls.pps.com.ppls

http://autism.gamara.ro/portage/

Scanned with OKEN Scanner

Anexa I. Scala de dezvoltare auditivă: de la 0 la 6 ani[1] (Dezvoltarea limbajului receptiv, a percepției auditive și a memoriei auditive)

Acest instrument este rezultatul utilizării drept reper a aproximativ 50 de scale de dezvoltare existente pentru copiii fără deficiențe senzoriale. Este important de reținut că principalele achiziții prezentate în această scală reflectă doar media din populație. Unii copii înregistrează o dezvoltare precoce, dobândesc de timpuriu anumite abilități, alții dobândesc acele abilități mai târziu. Această scală reprezintă un ghid cu privire la dezvoltarea copiilor. În orice cultură, atât copiii cu pierderi auditive ușoare, cât și copiii cu pierderi auditive severe și profunde trebuie să conștientizeze prezența sunetelor; apoi ei trebuie să răspundă la aceste sunete diferite. Odată ce și-au dezvoltat o aptitudine de ascultare, ei învață să recunoască, să identifice sunetele, să „înțeleagă" înțelesul/sensul cuvintelor (de exemplu, asocierea sunet-obiect). În cele din urmă, ei pot să reacționeze adecvat la o multitudine de cuvinte pe care le aud, învață să înțeleagă cuvintele pe care le aud prin recunoașterea pattern-urilor; aceasta mai este denumită și învățare statistică. A înțelege limbajul și a utiliza limbajul sunt două aspecte distincte. Copiii cu auz funcțional înțeleg mult mai mult decât verbalizează. Copiilor cu deficit de auz ar trebui să li se acorde același respect și considerație. Pornind de la aspectele precizate mai sus, această scală oferă o imagine de ansamblu a dezvoltării auditive, a dezvoltării memoriei auditive și a înțelegerii limbajului.

La naștere

- Prezintă reflexul de tresărire ca răspuns la zgomote puternice neașteptate; va sta nemișcat, va tremura, va clipi, va da ochii peste cap, va desface degetele de la mâini și degetele de la picioare sau va plânge.
- Sensibil la o multitudine de sunete, incluzând indicii prozodici și ritmici.
- Recunoaște și preferă vocea mamei; când plânge se liniștește dacă aude vocea mamei.
- Sunetele de diferite frecvențe au efect diferit asupra copilului.
- Sunetele joase și sunetele ritmice au efect de calmare.
- Sunetele cu frecvență mai înaltă produc o reacție mai violentă.
- Crește sau descrește zgomotul produs în timpul suptului ca răspuns la sunet.

Trei luni

- Conștientizează vocea umană; este atent la voce.
- Este interesat de sunetul făcut de pașii care se apropie, de sunetul produs de apa care curge la baie etc.

---

1 Scala de dezvoltare auditivă de la 0-6 este elaborată de Ellen A. Rhoades, EdS, LSLS Cert AVT, includerea scalei în acest volum realizându-se cu acordul autoarei, căreia îi adresăm sincere mulțumiri. Traducerea și adaptarea în limba română: conf. univ. dr. Carolina Hațegan și lect. asociat dr. Dorina Anca Talaș, Departamentul de psiho-pedagogie specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai.

Scanned with OKEN Scanner

- Se trezește sau face liniște când aude vocea mamei.
- Răspunde vocal la vocea mamei.
- Imită sunete — ooh, baba.
- Începe să localizeze sunetul prin orientarea privirii spre sursa sunetului.
- Începe să se bucure de jucăriile care produc zgomote/sunete; ascultă clopoțelul de lângă el.
- Ascultă muzică.

Patru luni

- Localizează sunetul prin întoarcerea capului spre sursa sunetului.
- Caută vocea umană.
- Stă nemișcat ca răspuns la sunet.

Cinci luni

- Localizează sunetul mai specific.
- Distinge vocea prietenoasă de vocea furioasă și reacționează adecvat.
- Reacționează la muzică prin gângurit sau se oprește din plâns.
- Este foarte interesat de vocea umană; preferă vocea mamei.
- Face distincție între vocea persoanelor străine și vocea persoanelor familiare.
- Este atent când își aude numele.

Șase luni

- Localizează un sunet specific oriunde, de exemplu un clopoțel care nu este în câmpul său vizual (localizarea în partea de jos se dezvoltă înainte de localizarea în partea de sus).
- Răspunde la vocea umană zâmbind sau vocalizând.
- Se întoarce imediat spre vocea mamei care se aude din partea cealaltă a camerei.
- Reacționează la diferite tonalități emoționale ale vocii mamei.
- Răspunde la testarea auditivă de la o distanță de aproximativ 0,5 m/50 cm, prin localizare vizuală corectă, dar poate prezenta o ușoară întârziere a răspunsului.
- Asocierea auzului cu producerea sunetului este acum evidentă, repetă anumite sunete auzite.
- Reacționează atunci când sunt pronunțate cuvintele „mama" și „tata".

Opt luni

- Întoarce capul și umerii spre sunetele familiare, chiar dacă nu vede ce se întâmplă.
- Începe să înțeleagă cuvintele în context.
- Recunoaște sunete familiare precum: sunetul telefonului, lătratul câinelui, ciocănitul în ușă sau soneria.
- Răspunde la sunetul telefonului, vocea umană, când își aude numele, „nu-nu", „pa-pa".
- Îi place jocul „cucu-bau".
- Se uită la „tata" sau la alt membru al familiei când este numit.
- Ridică mâinile când mama spune: „Hai sus!" și întinde mâinile spre copil.
- Răspunde mai selectiv la verbalizarea adultului.
- Ascultă cu interes selectiv; se remarcă o creștere a interesului pentru ascultarea unei conversații.
- Înțelege câteva gesturi și cuvinte pentru obiecte/itemi familiare/familiari.
- Răspunde când este strigat sau când este orientat gestual: „Hai aici!", „Mai vrei?".

Scanned with OKEN Scanner

Un an

- Localizarea precisă a sunetului.
- Verbalizează/pălăvrăgește ca răspuns la vocea umană.
- Plânge când tună afară.
- Poate să se încrunte când este certat.
- Îi place să asculte sunete și cuvinte; recunoaște unele vocalizări: oooo, nu, ssss.
- Imitarea sunetului indică faptul că el poate să audă sunetele și le potrivește/asociază cu producțiile sonore proprii.
- Răspunde la comenzi simple (la început răspunde doar când comanda este însoțită de gest), de exemplu, dă o jucărie la cerere sau merge într-un anumit loc conform instrucțiunilor/comenzilor primite.
- Înțelege o varietate de verbe: „bea", „merge", „hai", „dă", precum și unele comenzi simple: „Fă pa!".
- Nu prezintă o înțelegere reală a întrebărilor.
- Este interesat de sunetele din mediul înconjurăror care îi sunt familiare.
- Demonstrează interes pentru sunete muzicale și rime; se mișcă atunci când aude muzică.
- Începe să recunoască douăsprezece sau mai multe obiecte când aude numele acestora.
- Înțelege aproximativ 50 de cuvinte.
- Înțelegerea vorbirii începe să se dezvolte cu cel puțin un cuvânt nou pe săptămână.

Un an și șase luni

- Repetă cuvântul important sau ultimul cuvânt care i-a fost adresat.
- Înțelege 150–200 de cuvinte.
- Înțelege propoziții simple.
- Își recunoaște numele.
- Aude fără să vrea cuvinte familiare, care nu îi sunt adresate.
- Recunoaște sunetele în afara contextului.
- Începe să înțeleagă pronumele: tu, eu.
- Începe să înțeleagă structuri prin care se exprimă localizarea obiectelor, în context, cum ar fi să pună ceva în, sau pe ceva.
- Începe să urmeze indicații și serii simple de comenzi precum: „Șterge nasul păpușii!".
- Identifică imagini simple după denumirea acestora, de exemplu, găsește o rățușcă într-o imagine când i se cere.
- Indică la cerere părțile principale ale corpului.
- Arată obiectele denumite.
- Ascultă atunci când sunt denumite imagini.
- Înțelegerea vorbirii se dezvoltă cu câteva cuvinte noi pe zi.

Doi ani

- Prezintă interes când aude sunetele reclamelor la radio sau televizor.
- Are răbdare să asculte explicația pentru o anumită activitate familiară.
- Ascultă povești simple.
- Răspunde la comanda: „Arată-mi...".
- Înțelege și răspunde la întrebări simple, de exemplu: „Unde este tata?".
- Răspunde la întrebări cu „DA/NU" mișcându-și capul.

Scanned with OKEN Scanner

- Așteaptă ca răspuns la comanda „Un minut/imediat".
- Identifică cinci părți ale corpului.
- Înțelege numele persoanelor din familie, prin selectarea imaginilor potrivite.
- Înțelege propoziția „Vei primi bomboane după masă".
- Execută 4 comenzi diferite cu o minge, de exemplu: „Dă-mi-o mie!", „Pune mingea pe cub" etc.
- Repetă două numere, litere sau cuvinte.
- Execută comenzi cu două elemente dificile.
- Limbajul receptiv crește ajungând la o medie de 300 de cuvinte.
- Răspunde diferențiat la comenzi care conțin prepoziții: „în", „pe", „sub".
- Înțelege unele cuvinte care exprimă acțiuni, selectând imagini potrivite.
- Înțelege ordinea sintactică a cuvintelor în context; semantica și prozodia sunt coerente.
- Face diferența dintre vorbirea cu voce tare, vorbirea cu voce scăzută și vorbirea în șoaptă.

Doi ani și jumătate

- Îi place să asculte povești familiare, citite dintr-o carte cu imagini.
- Realizează discriminarea fină a vorbirii.
- Când aude sunete plăcute, reacționează alergând să privească sursa sunetului sau să spună cuiva ce aude.
- Răspunde la întrebări descriptive sau referitoare la loc despre obiectele din imagini, precum: „Arată-mi ce este sus pe cer."
- Îi place să asculte cântece.
- Înțelege diferențele cu privire la sensul unor cuvinte precum „du-te–stai",„în–pe", „sus–jos".
- Face distincția dintre „una" și „mai multe".
- Identifică obiecte după utilitatea lor: peria este pentru păr; lingura este pentru gură.
- Înțelege aproximativ 500 de cuvinte.
- Urmează comenzi simple, cum ar fi: „Stai aici!", „Dă-mi-o mie!".
- Urmează o serie de două comenzi asociate, de exemplu: „Ia mingea și dă-mi-o mie!".
- Înțelege și răspunde la întrebări de tipul „Ce?/Unde?" De exemplu: „Cu ce ești îmbrăcat?".
- Înțelege conceptele „unul/una" și „toți/toate".
- Înțelege prepoziții și locuțiuni prepoziționale: în, pe, sub, în fața, în spatele, în jurul.
- Înțelege „doar un cub" și poate răspunde adecvat când i se cere: „Dă-mi doar un cub".
- Înțelege diferența care apare între propoziții care au sintaxa diferită: „Arată-mi cum mașina împinge camionul." și „Camionul împinge mașina".
- Înțelege conceptele „mare — mic".
- Înțelege conjuncția „și".
- Înțelege o multitudine de verbe, incluzând conceptul de diametral opus: „hai — pleacă", „aleargă — stai", „dă — ia", „împinge — trage", „este sus — este jos".
- Înțelege aproape toate structurile propoziției.
- Distinge pluralul substantivelor.

Trei ani

- Execută comenzi conținând două propoziții.
- Răspunde la două comenzi independente, de exemplu: „Pune cana pe masă și închide televizorul".

Scanned with OKEN Scanner

- Ascultă curios povești și solicită poveștile preferate neîncetat.
- Identifică utilitatea obiectelor din imagini, precum : „Arată-mi ce îmbraci/cu ce ești îmbrăcat".
- Înțelege și răspunde la întrebări simple: „Cine?", „Ce?", „Unde?".
- Începe să asocieze tonuri sonore simple.
- Recunoaște câteva melodii.
- Înțelege aproximativ 1 500 de cuvinte.
- Înțelege conceptele „mare/mic" și „în față/în spate".
- Înțelege persoana a III-a a pronumelui personal, de exemplu: el/ea.
- Înțelege conceptul „mai mult", de exemplu: „mai multe pisici".
- Diferențiază timpul verbelor.
- Înțelege articolele hotărâte și nehotărâte.
- Își amintește trei lucruri dintr-o poveste.
- Numără până la trei, recunoaște trei litere sau cuvinte.
- Execută o comandă ce conține trei elemente, de exemplu: „Ia cartea de pe masă și deschide-o".
- Repetă numai primul, al doilea și al treilea item dintr-o serie.
- Poate să reproducă 5-7 silabe dintr-o propoziție, pe baza memoriei auditive de scurtă durată.
- Înțelege și respectă rândul într-o conversație.
- Înțelege cele mai cunoscute adjective.
- Prezintă interes în obținerea unor explicații: „de ce" și „cum".
- Reproduce silabe fără sens după 15 secunde, timp de latență.

Patru ani

- Este atent la poveștile scurte și răspunde la întrebări simple despre acestea.
- Ascultă povești lungi.
- Execută o cerință compusă din trei părți: „Ridică mingea, pune-o pe masa și adu-mi cubul".
- Execută patru cerințe diferite utilizând diferite prepoziții: „în fața", „în spatele", „lângă".
- Înțelege conceptele „între/deasupra/dedesubt/vârf/bază".
- Urmează o cerință/execută o comandă compusă din patru pași: o comandă ce conține patru elemente, de exemplu: „Ia cartea de pe masă, pune-o pe televizor, deschide ușa și închide geamul".
- Execută mai multe comenzi compuse din 2-3 acțiuni (sarcini uzuale).
- Înțelege și răspunde adecvat prin cuvânt sau gest la întrebări precum: „Ce faci când îți este somn?", „Care este mai mare?", „De ce s-a stricat?".
- Înțelege noțiunile temporale: „tot timpul", „toată ziua", „două săptămâni".
- Înțelege pluralul: copil/copii, pălărie/pălării.
- Înțelege apartenența/ posesia, de exemplu: „al câinelui".
- Înțelege aproximativ 2 000–3 000 de cuvinte.
- Înțelege conceptul de trei, de exemplu: „Dă-mi trei".
- Imită o propoziție compusă din 9–11 silabe, bazându-se pe memoria de scurtă durată.
- Își amintește patru elemente dintr-o poveste.
- Repetă două numere în ordine inversă.
- Reproduce patru numere, litere sau cuvinte dintr-o structură dată.
- Identifică patru culori.

Scanned with OKEN Scanner

- Diferențiază propozițiile subordonate introduse prin: „dacă", „pentru că", „de ce", „când".
- Ascultă și înțelege aproape tot ce se vorbește acasă și la grădiniță.

Cinci ani

- Îi plac poveștile.
- Înțelege expresii complexe: „pentru mult timp", „mai mulți ani", „o săptămână întreagă", „între timp", „două lucruri deodată".
- Înțelege conceptele: „greu/ușor", „tare/încet", „la fel/diferit", „lung/scurt".
- Înțelege gradele de comparație ale adjectivelor și adverbelor: „înalt/mai înalt/cel mai înalt, la fel/ mai mult(e)/mai puțin(e), câteva/multe, mai înainte/după, acum/mai târziu".
- Înțelege toate pronumele, inclusiv formele neaccentuate.
- Înțelege structura „opusul lui ___ este___".
- Înțelege că „zero" înseamnă nimic.
- Arată diferite monede.
- Înțelege 3 000–13 000 de cuvinte.
- Imită o propoziție compusă din 14 silabe, bazându-se pe memoria de scurtă durată.
- Își amintește cinci elemente dintr-o poveste.
- Reproduce cinci numere, litere sau cuvinte dintr-o structură dată.
- Răspunde corect la întrebări exprimate prin fraze complexe, dar încă mai întâmpină dificultăți la cele care conțin fraze cu subordonate multiple.

Șase ani

- Identifică noțiunile „stânga — dreapta" pentru propriul corp.
- Înțelege aproximativ 20 000 de cuvinte sau chiar mai multe.
- Răspunde corect la sarcini ce conțin noțiuni cantitative, de exemplu: „Dă-mi patru bani".
- Imită o propoziție compusă din 16 silabe, bazându-se pe amintirile recente/memoria de scurtă durată.
- Își amintește șase elemente dintr-o poveste.
- Repetă trei numere în ordine inversă.

Scanned with OKEN Scanner

Anexa II. Fișă de evaluare a limbajului (intervalul de vârstă 6–7 ani)

1. Identifică cuvântul care rimează cu cuvântul dat:

Casă	Pahar	Masă
Sare	Mare	Toc
Mac	Ață	Lac
Cor	Vapor	Apă
Cana	Sora	Pana

2. Răspunde cu A (adevărat) dacă cuvintele rimează și F (fals) dacă cuvintele nu rimează:

Mere	Pere	A–F
Mac	Lac	A–F
Bunic	Mătușă	A–F
Rece	Zece	A–F
Mic	Mie	A–F

3. Arată cuvântul care nu rimează din fiecare șir:

Tot	Pot	jos	Cot
Nas	Foc	Pas	Las
Tace	Rece	Duce	Meri
Mese	Vise	Pete	Vase
Păpușă	Mătușă	Ușă	Salată

4. Definește cuvintele:

trist	
morcov	
hrănește	
se îngrijește	
diamante	

Scanned with OKEN Scanner

5. Eu spun una... tu spui mai multe:

Vras	
Gui	
Crie	
zocă	
Zoru	

6. Enumeră cât mai repede componente ale acestei categorii:

Animale domestice					
Fructe					
Legume					
Îmbrăcăminte					
Mijloace de transport					

7. Cum te simți când

ți s-a stricat jucăria preferată.	
... colegii râd de o glumă pe care ai spus-o tu.	
... dna învățătoare te ceartă pentru că l-ai ajutat pe colegul tău la fișa de lucru.	
... în cameră este întuneric, tu ești singur(ă) și vezi o umbră.	

8. Enumeră cât mai multe cuvinte care încep cu sunetele:

M						
P						
A						

9. Enumeră obiecte și acțiuni:

Obiecte	**Acțiuni**

Scanned with OKEN Scanner

10. Indică perechile de cuvinte care rimează:

copac — mare
lan — ban
pic — mic
pian — vioară
mașină — vecină

11. Desparte în silabe cuvintele:

Morcov	
Regină	
Bancă	
Pălărie	
Mov	

12. Poziția fonemelor (început, mijloc, sfârșit).

Sunetul	**Cuvântul**	**Poziția sunetului**		
		Inițială	**Mediană**	**Finală**
V	avion			
S	nas			
P	pahar			
O	copil			
F	praf			

Scanned with OKEN Scanner

Anexa III[1]. Listă cu material verbal pentru implementarea tehnicii celor 50 de cuvinte — T[50]

1. papa	26. baie
2. mama	27. pai
3. apa	28. lup
4. casa	29. joc
5. masa	30. pom
6. pui	31. zar
7. bun	32. cana
8. avion	33. pod
9. mere	34. suc
10. fata	35. cal
11. nas	36. om
12. dulap	37. pat
13. au	38. rege
14 mâna	39. foc
15. soare	40. mac
16. pas	41. lac
17. duș	42. mic
18. sac	43. tic-tac
19. vaca	44. ac
20. sus	45. cine
21. mașina	46. țap
22. tata	47. ou
23. jos	48. buf
24. buba	49. cap
25. tub	50. bec

[1] Lista cu material verbal este oferită doar ca model, aceasta poate fi construită în acord cu particularitățile diagnostice, de dezvoltare, de vârstă ale copilului cu care se lucrează și ale mediului din care provine copilul.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea psihologică aplicată

Repere teoretice și practice

Autori: Iulia Ciorbea (coordonator), Nicolae Martin, Rodica Enache, Claudia Sălceanu, Valeria Negovan, Margareta Dincă, Dragoș Iliescu, Cătălin Nedelcea, Andrei Ion, Michael Stevens.

Evaluarea psihologică în context clinic, școlar sau organizațional reprezintă o condiție esențială pentru psihologul practician. Doar printr-o evaluare eficientă, relevantă și validă, vor putea fi identificate punctele forte și limitările persoanei, grupului sau organizației și vor putea fi luate cele mai adecvate decizii pentru a asigura calitatea vieții psihice a individului sau „sănătatea" organizației. Autorii volumului punctează principalele etape ale procesului de evaluare psihologică, trec în revistă cele mai relevante și actuale instrumente de evaluare, precizează modalitățile de redactare a rapoartelor psihologice, dar subliniază și erorile frecvente din procesul de evaluare.

Obiectivul major al cărții este acela de a propune o sinteză de actualitate a problematicii evaluării psihologice în principalele sale arii aplicative (clinică, educațională și organizațională), oferind un ghid teoretic și practic atât pentru studenți, cât și pentru psihologii practicieni aflați în primii ani de carieră.

Scanned with OKEN Scanner

Copilărie și societate

[Childhood and Society. The Landmark Work on the Social Significance of Childhood]

Autor: Erik H. Erikson

Traducere din engleză de Mirela Badea și Brândușa Popa

În această carte de referință pentru psihologia dezvoltării umane, Erik Erikson combină profundele intuiții ale psihanalizei cu datele empirice ale antropologiei culturale, pentru a evidenția legăturile strânse dintre educația copilului şi constrângerile socioculturale. Publicată în 1950 şi reeditată în mai multe rânduri, cartea de față are meritul de a fi aplicat cu succes teoria freudiană a sexualității infantile la „munca de teren" a antropologiei. Astfel, autorul a studiat două triburi amerindiene, comparându-le diversele moduri de educație şi socializare ale copiilor. Plecând de aici, a elaborat teoria celor opt stadii ale dezvoltării Eului, concepție care a rămas extrem de influentă până în prezent. Cartea oferă analize revelatorii asupra civilizației nord-americane, la care se adaugă două inedite psihobiografii dedicate lui Hitler şi Maxim Gorki.

Erik H. Erikson (1902–1994), fost profesor emerit la Universitatea Harvard, s-a format la Viena sub îndrumarea Annei Freud. A devenit celebru pentru psihologia dezvoltării, dar şi pentru psihobiografiile dedicate unor personalități istorice, precum Isus Christos, Ghandi, Charles Darwin sau Martin Luther, ultimul făcând obiectul cărții *Psihanaliză şi istorie*, tradusă la Editura Trei.

Scanned with OKEN Scanner

Limbajul, ca funcție psihică specific umană, se află la confluența mai multor discipline, printre care filosofia, psihologia, neurobiologia, psihopedagogia specială, logopedia. Tulburările sale, fie că sunt de natură organică, funcțională sau psihologică, restrâng capacitatea de comunicare a individului și, implicit, viața lui socială.

În cartea de față, pornind de la modelele explicative ale tulburărilor de limbaj și prezentând metode de evaluare și intervenție a căror eficacitate a fost demonstrată științific, autoarea realizează o deschidere spre tulburările emoționale, comportamentale, de învățare și nu numai, încadrându-le în contextul mai larg al mentalului uman.

Propunând direcții concrete de evaluare și intervenție în cazul unor tulburări ale limbajului precum dislalia, bâlbâiala, rinolalia, disartria, afazia, tulburările de voce, întârzierea în dezvoltarea limbajului, această carte are o importantă latură practică, îmbogățind literatura de specialitate printr-un demers inovator și bine-venit.

edituratrei.ro

Carolina Bodea Hațegan este conferențiar universitar doctor la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. Dintre lucrările publicate menționăm: *Fluența verbală. Direcții teoretice și aplicații psihopedagogice* (volum coordonat împreună cu Dorina Talaș), *Tulburări de voce și vorbire, Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare*.

ISBN 978-606-719-722-8

Scanned with OKEN Scanner

Limbajul, ca funcție psihică specific umană, se află la confluența mai multor discipline, printre care filosofia, psihologia, neurobiologia, psihopedagogia specială, logopedia. Tulburările sale, fie că sunt de natură organică, funcțională sau psihologică, restrâng capacitatea de comunicare a individului și, implicit, viața lui socială.

În cartea de față, pornind de la modelele explicative ale tulburărilor de limbaj și prezentând metode de evaluare și intervenție a căror eficacitate a fost demonstrată științific, autoarea realizează o deschidere spre tulburările emoționale, comportamentale, de învățare și nu numai, încadrându-le în contextul mai larg al mentalului uman.

Propunând direcții concrete de evaluare și intervenție în cazul unor tulburări ale limbajului precum dislalia, bâlbâiala, rinolalia, disartria, afazia, tulburările de voce, întârzierea în dezvoltarea limbajului, această carte are o importantă latură practică, îmbogățind literatura de specialitate printr-un demers inovator și bine-venit.

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Carolina Bodea Hațegan este conferențiar universitar doctor la Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. Dintre lucrările publicate menționăm: *Fluența verbală. Direcții teoretice și aplicații psihopedagogice* (volum coordonat împreună cu Dorina Talaș), *Tulburări de voce și vorbire, Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare.*

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapia tulburărilor emoționale
Irina Holdevici, Barbara Crăciun

Perversiunea
Robert J. Stoller

Copiii abandonați ai României
Charles A. Nelson, Nathan A. Fox, Charles H. Zeanah

Defectul fundamental
Michael Balint

Analiza viselor
C.G. Jung

Terapia prin jocul cu nisip – Sandplay
Ruth Ammann

Comunicarea umană
Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas, Don D. Jackson

Tulburări grave ale personalității
Otto F. Kernberg

16 conferințe despre traumă
Louis Crocq

Minți conducătoare
Howard Gardner în colaborare cu Emma Laskin

Studii despre isterie
Sigmund Freud

A deveni o persoană
Carl R. Rogers

Procesele de maturizare
D.W. Winnicott

Manual de psihodiagnostic
Hermann Rorschach

Tratat de psihiatrie psihodinamică
Glen O. Gabbard

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Scanned with OKEN Scanner